

健康診断 ・ 人間ドック 補助金支給申請書

受診した日付、医療機関名をご記入ください。複数人数の申請で、受診日等が異なる場合は、令和〇〇年〇〇月〇〇日 他 等とご記入ください。

(40歳未満用)

健 保 使 用 欄	支 給 額	実施者数	内 訳		備考
	¥		単 価	実施者数	
健保使用欄ですので記入しないでください					名 名 名 名 名
実施年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日 他		実施者数	合 計	1
実施医療機関名	健保クリニック 他		被 保 険 者	男	女
			被 扶 養 者	男	女 1
上記のとおり申請いたします。					
令和 〇〇 年 △△ 月 ×× 日			記入日をご記入ください。		
〒 160-0022					
住 所 新宿区新宿1-8-11					
申請者 氏 名 上 野 健					
電 話 03 [3355] 3081					
東京都食品健康保険組合 殿					
振 込 先 金 融 機 関	振 込 先 銀 行	みずほ 銀行		新宿 支 店	
	普通 ・ 当座	口座番号	1234567		
	フリガナ	ウ エ ノ ケ ン			
口座名義人名		上 野 健			
◎ 指定口座が個人口座の場合、必ずフリガナをご記入ください。					
受付日付印			会計課受付日付印		会計課支払日付印
申請者が 事業主 の場合は事業所所在地・事業所名・事業主名を記入し、事業主印を押印ください。 申請者が 個人 の場合は住所・被保険者氏名記名と押印・電話番号を記入してください。 受診者が 被扶養者 であっても、申請者は 被保険者 になります。					事業所番号 123
申請者が 事業主 の場合は記入を省略することが可能です。 申請者が 個人 の場合は 必ず被保険者の口座 をご記入ください。					

◎ この申請書に記載されている個人情報および添付書類により取得した個人情報は、健康保険業務（重症化予防・特定保健指導管理事項等）以外の利用はいたしません。

- (注) 1. 申請者が事業主の場合は事業所名・事業所所在地・事業主名を記入してください。
 2. 申請者が個人の場合、家族の受診分であっても申請者及び口座名義人は被保険者としてください。
 3. 検査結果・領収書（又は請求書と振込明細書）の写しを必ず添付してください。
 4. 領収書の金額が二名以上の場合は、内訳書・個人別の検査料を医療機関に記入してもらってください。

◎ お問合せ先

東京都食品健康保険組合 健康管理センター 電話 03-3833-5193

注意!! 2枚1組の用紙となっています

