

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には、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 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。

被保険者証の【記号】となります

受 付 日 付 印

会 計 課 受 付 日 付 印

会 計 課 支 払 日 付 印

事業所番号

123

申請者が**事業主**の場合、事業所所在地・事業所名・事業主名をご記入ください。
申請者が**個人**の場合、住所・被保険者氏名と電話番号をご記入ください。
※受診者が**被扶養者**であっても、申請者は**被保険者**となります。

申請者が**事業主**の場合、記入を省略することが可能です。
申請者が**個人**の場合、必ず**被保険者の口座番号**をご記入ください。

- (注) ・ 申請者が事業主の場合、事業所名・事業所所在地・事業主名をご記入ください。
・ 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。
なお、個人の場合も次頁の 健康診断・人間ドック受診者名簿〔補助金〕(40歳未満用)を提出してください。
・ 検査結果・領収書(または請求書と振込明細書)の写しを必ず添付してください。
・ 領収書の金額が二名以上の場合、個人別の検査料の内訳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

2-1

R6.4

◎ この申請書に記載されている個人情報及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)以外に利用しません。

事業所番号 123 事業所名

こちらの用紙は必ずご提出ください

※ 太枠 健保使用欄

被保険者証 番号	本人家族	氏名	年齢	生年月日	性別	実施日	検査料	支給額	備考
789	本・家	上野 康子	37	S54.3.5	女	9/10	19,000		
	本・家					/			
	本・家					/			
	本・家					/			
	本・家					/			
	本・家					/			
	本・家					/			
	本・家					/			
	本・家					/			
	本・家					/			
	本・家					/			
	本・家					/			
	本・家					/			
	本・家					/			
	本・家					/			
	本・家					/			
	本・家					/			
	本・家					/			
	本・家					/			
	本・家					/			

健保使用欄ですので記入しないでください

◎ この申請書に記載されている個人情報及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）以外に利用しません。

実施医療機関証明欄

上記のとおり健康診断 ・ 人間ドック を実施し

¥

を領収したことを証明します。

内訳

(単価 ¥ × 実施者数 名)

(単価 ¥ × 実施者数 名)

(単価 ¥ × 実施者数 名)

(消費税 ¥)

令和 年 月 日

医療機関名

所在地

医師名

印

※ 上記に証明をもらうか又は領収書の写しを添付。