

(予防7)

被扶養者健診補助金請求書（個人用）

令和 年 月 日

1. 健診の区分に○を付けて下さい ※ 健診区分ごとに、年1回（4月1日から翌年3月31日）補助を受けることができます。	40歳以上の被扶養者（家族）の健診 （補助額上限 28,000円）	*健診結果(コピー)と 特定健診問診票を添付	
	39歳までの被扶養者（家族）の健診 （補助額上限 15,000円）	*健診結果(コピー)と 特定健診問診票を添付	
	女性40歳以上の被扶養者（家族）の婦人科健診 （補助額上限 15,000円）	*健診結果(コピー) を添付	
2. 健診料（消費税含む）		3. 補助金請求額	4. 受診日
健診 円		円	令和
婦人科（40歳以上） 円		円	年 月 日
5. 事業所名称			
保険証記号	保険証 番号	被保険者 氏名	
受診者氏名 （被保険者との続柄）	()	生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)
自宅住所・連絡先	〒 ー 連絡先 ()		

補助金の受け取り方法

↓ 個人口座（被保険者名義に限る）への振込、事業所経由で受け取る いずれかを選択ください（□に☑を入れてください）

振込 個人 口座 への	□ 個人口座登録状況		登録済み ・ 未登録（下記にご記入ください）			
	銀行番号：		銀行・信託銀行	店番号：	支店・本店	種別
	銀行名：		信金・農協・信組	支店名	出張所	普通 ・ 当座
	口座番号		被保険者名義（カタカナ）			
事業 所 経由 で 受け 取る	□ 委任状（事業所経由で受け取る場合）					
	保健事業実施補助金の受領を 受任者 _____ に委任いたします。 代表する被保険者（委任者）氏名 _____					

※ 「健診料の領収書」（写）を添付してください

※ **健診結果(写)及び、特定健診問診票を添付してください**

※ 健診結果（コピー）は、身長・体重・腹囲・血液検査の数値等が載っているものをご提出ください。

※ 市区町村などの地方自治体を実施（補助）する健診は補助の対象外です

受付印