

(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）	<b>* 健診結果(写)・問診票を添付</b>	
		39歳までの被扶養者（家族）の健診 （補助額上限 15,000円）		
		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）		
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		〒 - 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

**40歳以上の方は、特定健診部分の健診結果(写)及び、特定健診問診票を添付してください**

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