

健診費用助成金申請書

《下記枠内はすべて記入してください。》

記号—番号	—	受診者氏名		健診年齢	歳
健診実施機関名	※特定健診医療機関コード				
助成金申請金額	領収証の金額をご記入ください。		健診年月日	令和	年 月 日
受診した項目に○をつけてください	乳房健診	脳健診	歯科健診	左記項目のみ申請願います	
	子宮頸がん健診	骨密度検査			
上記のとおり申請いたします。					
令和 年 月 日					
〈申請者（被保険者）〉					
住 所 〒					
フリガナ 被保険者名					
電話番号 ()					
管工業健康保険組合様					

※特定健診医療機関コードは、医療機関に直接お尋ねいただくか、健診結果報告書に記載されていればその10桁の数字をご記入ください。

◆この申請書には、以下の書類を添付してください。

- ①健診料金の領収証(原本)
- ②健診料金の明細書
- ③健診結果報告書(コピー)

※健康保険証を使用して受診(保険診療)した場合は、助成金の対象外となります。

《振込受領口座は、必ず被保険者名義の口座をご記入ください。》

振込受領口座	金融機関名	銀行		支店
		信用金庫		出張所
	金融機関コード	支店コード		
	口座番号	普通	No.	
	フリガナ			
	口座名義人(被保険者)			