被保険者個人用

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。 円	健診年月日	令和　年　月　日		
受診した項目に〇をつけてください	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）			