

提出先	健保組合
添付書類等	<b>■領収書原本</b> （受診者名の記載があるもの） ※会社名の宛先ではなく、個人名の宛先

		受付担当

(健保組合使用欄)

支給額		円
内訳	被保険者	円
	被扶養者	円

PayPayカード健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日

### 人間ドック・生活習慣病予防健診 補助金支給申請書

下記のとおり受診しましたので申請いたします。

被保険者等 記号・番号	被保険者氏名
5 9 -	(フリガナ)

※当該年度(4/1～翌3/31)の事業主による健康診断が、生活習慣病予防健診(30歳以上)、人間ドック(40歳以上)の方が補助の対象です

利用者名	受診医療機関	受診科目 (オプションについては検査名を記入のこと)	健診費用総額
健診の対象(どちらかに○をしてください)	受診日		
生活習慣病予防健診・人間ドック	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> 生活習慣病予防健診 <input type="checkbox"/> オプション ( )	円
生活習慣病予防健診・人間ドック	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> 生活習慣病予防健診 <input type="checkbox"/> オプション ( )	円
生活習慣病予防健診・人間ドック	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> 生活習慣病予防健診 <input type="checkbox"/> オプション ( )	円

振込希望口座 (被保険者名義)	金融機関名	支店名	普通預金 口座番号 (被保険者名義に限る)
	銀行	支店	

受付日付印