

提出先	健保組合
添付書類等	■領収書 原本 （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	
		(フリガナ)	ケンボ タロウ
5	9 × × - × × × × × ×	健保 太郎	

※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		
健保 太郎	○○○クリニック	<input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> 生活習慣病予防健診 <input checked="" type="checkbox"/> オプション (○○○○○検査)	44,000 円
生活習慣病予防健診・ 人間ドック	令和 ○○年 ○○月 ○○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

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	1	2	3	4	5	6

受付日付印