

生活習慣病予防	健診実施総費用	
健診等補助金	自己負担金	
支給決議書	支給額	

常務理事	係長	担当

*上記は健保組合にて使用のため記入しないでください。

人間ドック等(契約外)補助金請求書① (任意継続被保険者・被扶養者)						
令和8年11月1日						
しんくみ東海北陸健康保険組合理事長 様						
健康保険記号番号		9001 - 12				
住所		愛知県〇〇〇〇〇〇〇〇				
被保険者氏名		信組 次郎 ①				
下記のとおり人間ドック等を受けましたので、健康診査等補助金支給規程により補助金を請求します。						
受診者名	性別	生年月日	受診日			
信組 次郎	男	昭和38年6月1日	令和8年9月1日			
受診医療機関名		受診種別				
〇〇病院		<input type="radio"/>	1. 人間ドック健診			
			2. 婦人科健診(乳がん)			
			婦人科健診(子宮がん)			
		<input type="radio"/>	3. 脳ドック			
		<input type="radio"/>	4. PSA検査			
		<input type="radio"/>	5. 喀痰検査			
		<input type="radio"/>	6. 骨粗しょう症検査			
健診内容		健診実施総費用 (領収書原本添付)				
添付した健診結果通知書の写し・問診票のとおり		60,000 円				
振込先	〇〇〇〇	信組	口座番号	普通預金	(フリガナ)	ケンコウ ジロウ
	〇〇〇〇			店		12345678

*自署の場合、押印は不要です。

*受診種別欄は、受診した該当項目の番号に○を記入してください。

*請求書①と問診票②にご記入の上、領収書の原本と健診結果の写しを添付してください。

*信用組合に口座をお持ちの場合は、振込先は信用組合でお願いいたします。