

組合 記入欄	支給額・算出内訳									

請求日 令和 年 月 日

令和 年度 健診（がん検診）費用補助金請求書（男性任意継続被保険者用）

東京金属事業健康保険組合 殿

以下のとおり健診を実施しましたので、補助金の請求をします。

被 保 険 者 の	記号		番号		氏名	(フリガナ)	生年 月日	昭和 ・ 平成	年	月	日	
	住所	〒							日中の 連絡先			
	健診日	令和	年	月	日	受診した 医療機関の	名称					
								所在地				
	振込先	金融機関名								金融機関 コード		
		支店名						口座種別	普通・当座	支店コード		
		口座名義 (カタカナで記入)						口座番号				

「特定健診問診回答票」（健診を受けた方が記入するところ） □にチェックマークを入れてください。

現在の服薬歴	血圧を下げる薬	<input type="checkbox"/>	有	<input type="checkbox"/>	無
	インスリン注射又は血糖を下げる薬	<input type="checkbox"/>	有	<input type="checkbox"/>	無
	コレステロールを下げる薬	<input type="checkbox"/>	有	<input type="checkbox"/>	無
喫煙歴	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 ※「習慣的に吸っている」とは条件1と条件2を両方満たしている ことです。 条件1：最近1か月間吸っている。 条件2：生涯で6か月以上、又は合計100本以上吸っている。	<input type="checkbox"/>	①はい（条件1、2両方を満たす）		
		<input type="checkbox"/>	②以前は吸っていたが、最近1か 月間は吸っていない		
		<input type="checkbox"/>	③いいえ（①②以外）		
既往歴					
自覚症状	最近、気になる症状はありますか？	<input type="checkbox"/>	有	<input type="checkbox"/>	無
	「有」と回答した方はご記入ください。				

東京金属事業健康保険組合  
受付印

※記入上の注意事項・補助金支給要件を必ず確認してください。

--