

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	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？ 「有」と回答した方はご記入ください。					<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無			

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。