

※支給額・算出内訳欄は組合記入欄ですので、記入しないでください。

※支給額	
※算出内訳	

平成30年度 婦人生活習慣病健診費用補助金請求書

(女性被扶養者・女性任意継続被保険者用)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	保 險 証 記号・番号	記 号 番 号	フリガナ 被保険者氏名 (請求者)				㊟
	事業所名			住 所		㊟	
					電話番号		()
	健診を受けた方の 氏名・生年月日	氏名 昭和・平成 年 月 日			健 診 日	平成 年 月 日	
	健診を受けた医療機関の 名称および所在地	名 称					
		所在地					
振込希望金融機関名 (被保険者名義の口座)	銀行 支店		普通 ・ 当座	口 座 番 号			
	銀行コード _____						
	支店番号 _____						

※記入上の注意・補助金支給要件(裏面)を必ず確認してください。

上記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。

なお、請求者と受診者が異なる場合、個人情報である健康診査結果個人票の組合への提出に際しては、組合が補助金支給の確認書類として活用することに併せて、40歳以上の受診者については「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づく特定健診の実績報告データとして活用することについて受診者の同意を得ていることを申し添えます。

受 付 印

平成 年 月 日

東京金属事業健康保険組合 殿

領 収 書

平成 年 月 日

殿

金 _____ 円也

上記の金額を健診の費用として領収しました。

所在地

電話番号

医療機関名

医師名

印