

同年月日	平成	年	月	日	決 裁	常務理事	事務長	課 長	課長代理	係 長	係
支給金額	百	十	万	千		百	十	円			
支給内訳	健 診 種 目		単価 (@)		人 数			金 額 (円)	合計金額 (円)		
			本人	家族	本人	家族	合計				
	一 般 健 診		5,780	—		—					
	生活習慣病予防健診		5,990	6,990							
	特定健診	基本項目		5,990	6,990						
		基本 + ㉠便潜血検査		6,890	7,890						
		基本 + ㉡胃部検査		9,630	10,630						
	基本 + ㉠ + ㉡		10,530	11,530							
人 間 ド ッ ク		20,000									
脳 検 査 (脳 ド ッ ク)		20,000									

疾病予防補助金請求書

任意継続被保険者用
《健診》 (2018.4)

↓ 太枠内に記入してください。

東京都洋菓子健康保険組合 殿					平成		年	月	日	
健診を実施したので、補助金を請求します。										
請求者情報	保険証記号	997			事業所名称	任意継続被保険者				
	保険証番号				被保険者氏名	Ⓔ				
健診種目	健診受診者数	本人	家族	合計	受診年月日	!! 以下のチェック項目①～⑤をご確認ください !!				
	一般健診 (Aコース・30歳未満)				平成					① 領収書と健診結果は人数分お揃いですか。
	生活習慣病予防健診 (Bコース・30～39歳)				～					② 領収書(原本)は添付されていますか。
	特定健診 (Bコース・40歳以上)				/					③ 健診結果(写)は全ページ分お揃いですか。
	人間ドック (Dコース・40歳以上)					④ 一般・生活・特定健診の場合 当組合指定検査項目を満たしていますか。				
脳検査(脳ドック) (40歳以上)				⑤ 人間ドックの場合 各医院の基本検査項目を全て受診していますか。						
請求人数合計	名								⑥ 脳検査(脳ドック)の場合 脳MRIおよび脳MRAを受診していますか。	

支払金融機関	※支払金融機関は被保険者(請求者)の口座を記入してください。									
	銀行コード				支店コード					
					銀行 農協 信金 信組		本店 支店 出張所		1: 普通 2: 当座	
	口座番号				口座名義人氏名					

◎提出時に必要な書類

- I. 疾病予防補助金請求書《健診》※当該用紙
- II. 健診実施者一覧表
※受診者の保険証番号・氏名・受診日・健診料金を必ずご記入ください
- III. 領収書(原本)
※受診者の氏名、受診日、健診料金、医療機関名の記載があるかをご確認ください。
- IV. 健診結果(写)※健診結果の登録に使用いたします。

個人情報の利用目的 当請求書により取得した個人情報は、疾病予防補助金の支給以外の目的で利用することはありません。

健診受診者一覧表

保険証記号	997			事業所名	任意継続被保険者		
被保険者【本人】				被扶養者【家族】			
保険証番号	受診者氏名	受診年月日	健診料金	保険証番号	受診者氏名	受診年月日	健診料金
1		H	円	1		H	円
2		H	円	2		H	円
3		H	円	3		H	円
4		H	円	4		H	円
5		H	円	5		H	円
6		H	円	6		H	円
7		H	円	7		H	円
8		H	円	8		H	円
9		H	円	9		H	円
10		H	円	10		H	円
11		H	円	11		H	円
12		H	円	12		H	円
13		H	円	13		H	円
14		H	円	14		H	円
15		H	円	15		H	円
16		H	円	16		H	円
17		H	円	17		H	円
18		H	円	18		H	円
19		H	円	19		H	円
20		H	円	20		H	円
21		H	円	21		H	円
22		H	円	22		H	円
23		H	円	23		H	円
24		H	円	24		H	円
25		H	円	25		H	円
【本人】受診者合計		人	円	【家族】受診者合計		人	円

※疾病予防補助金請求に必要なもの

- (1) 疾病予防補助金請求書《健診》
- (2) 健診受診者一覧表(当該用紙)
- (3) 領収書(原本)
- (4) 健診結果(写) ※健診結果の登録に使用いたします。