

(様式第2号)

生活習慣病健診・人間ドック補助額請求書

健診実施年月日	令和××年××月××日 ~ 令和××年××月××日			
受診人員 (30歳以上)	区 分	男	女	計
	被保険者健診	1人	人	1人
	被扶養者健診	人	人	人
健診担当医療機関 「2カ所以上の場合 内訳書を添える。」	(所在地) 東京都 ○ ○ 区 ○ ○ ○ 7-8-9 (名 称) ○ ○ 大学附属病院			

- 注 ① 健診担当医療機関が2カ所以上の場合は、医療機関別の健診実施月日、
受診人員(男女別)を記した内訳書を添えてください。
② 補助請求額は、本人負担額を除いた額を記入してください。
③ 領収書(原本)、検査項目の分かるものを添付してください。
④ 希望振込先の口座は必ず被保険者名義のものを記入してください。

希望振込先 ○ ○ 銀行 ○ ○ 支店 普 当 口座番号 × × × × × × × ×

上記のとおり生活習慣病健診・人間ドックを実施したので関係書類を添えて、
補助額の交付を請求します。

補助請求額 金 25,000 円也

令和××年××月××日

任意継続被保険者 氏名 健 保 太 郎

全国信用保証協会健康保険組合 殿