

(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) ○○県××市△△町1-2-3 (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、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 希望振込先の口座が被保険者名義以外の場合は委任状欄に記入してください。

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

委 任 状	私は <b>信用保証協会</b> を代理人と定め、次の権限を委任する。××年××月××日 請求した生活習慣病健診・人間ドック補助額のうち金 <b>25,000</b> 円也の受領に関すること。
	被保険者の住所 <b>東京都 ○○区 ○○○ 1-2-3</b> 氏名 <b>健保太郎</b> 代理人の住所 <b>○○県 ××市 △△町 4-5-6</b> 氏名 <b>信用保証協会</b>
振込希望の銀行名	○○銀行 ○○支店 <b>普</b> ・当 口座番号 ×××××××

