

(様式第2号)

## 生活習慣病健診・人間ドック補助金請求書

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
	配偶者健診	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) 東京都〇〇区〇〇〇7-8-9  (名 称) 〇〇大学附属病院			

- 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 補助金請求額は、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 〇〇 銀行 〇〇 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、補助金の交付を請求します。

補助金請求額 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