

伺日	令和 年 月 日						常務理事	事務長	部長	係長	係
記入欄 健保組合	(伺) 下記のとおり支給してほしいか										
	支給額										
	支払内訳										

健康診断・婦人科検診 補助金申請書
(被扶養者・任意継続加入者用)

大阪産業機械工業健康保険組合理事長 様

令和 年 月 日

下記のとおり健診を受診したので、補助金の申請をいたします。

健診機関名称

受診者（被扶養者・任継者）	1	氏 名	性別	区分	生年月日		年齢(今年度)	備考
			男 女	本人 家族	昭和 年 月 日		歳	
		健診種別	1. 生活習慣病健診 2. 人間ドック 3. 特定健診 4. 乳がん検診(超音波・マンモグラフィー) 5. 子宮頸がん(細胞診)			受診日	月 日	
	2	氏 名	性別	区分	生年月日		年齢(今年度)	備考
			男 女	本人 家族	昭和 年 月 日		歳	
		健診種別	1. 生活習慣病健診 2. 人間ドック 3. 特定健診 4. 乳がん検診(超音波・マンモグラフィー) 5. 子宮頸がん(細胞診)			受診日	月 日	

請求者（被保険者）	健康保険の 記号・番号	—		被保険者氏名							
	被保険者の 住所・電話番号	〒 — TEL — —									
	健康保険の記号・番号が分からない場合は、 マイナンバーを記入してください。										
	振込先金融機関	銀行・信金 農協・その他				本店・支店 出張所					
	預金種目	普通 ・ 当座				口座番号					
	(フリガナ) 口座名義										

【添付書類】

- 1. 検査結果の写し
- 2. 領収書の原本
- 3. 明細の分かる請求書の写し(請求書がない場合は不要 ※注4)
- 4. 質問票(40歳以上で健診種別1～3の申請の場合に必要)

【注意事項】

- 1. 保険診療(診察)の場合は補助対象外です。領収書等で「自費」の「検診」であるかをご確認ください。
- 2. 申請は健診機関ごとに用紙を分けてください。
- 3. 振込先は被保険者名義口座をご記入ください。
- 4. 婦人科検診補助金申請の場合は、1～3の添付書類で、次の内容が明記されていることが必要です。
①受診日 ②検診を受けた方の氏名 ③医療機関名 ④乳がん・子宮がん検診であること、および各料金(婦人科の場合)