

健康診査 補助金申請書

被保険者の記号・番号		事業所名	
被保険者(受診者)氏名		生年月日	
フリガナ		昭 平	年 月 日
(印)			
住所		電話番号	
満40歳以上の方は、右の質問にご回答ください。 ※特定保健指導対象者の選定の為必要となります。		現在AからCの薬の使用の有無	
		A. 血圧を下げる薬	はい・いいえ
		B. インスリン注射又は血糖を下げる薬	はい・いいえ
		C. コレステロールを下げる薬	はい・いいえ
		現在、たばこを習慣的に吸っている	はい・いいえ
		既往歴について	ない・ある ()
自覚症状について	ない・ある ()		
受診医療機関名			
健診受診年月日		令和 年 月 日	
健診費用総額			
振込先口座	銀行	支店	普通・当座
	No.		
口座名義人(フリガナで)			

添付書類:「領収書」(写)と「健診結果票」(写)

※組合使用欄	健診	基本 婦人 節目	補助金額	円
	種別	人間ドック 定期健診		