

☆注意事項

- (1) この申請をするときは、健診機関が発行した領収書原本、健診結果表（写）、特定健診質問票（40歳以上の人のみ）を添付してください。
- (2) 太線枠内のみ記入してください。「健診の区分」欄の①②③は、健診を受けた日及び自己負担額を記入してください。
- (3) 申請書は、健診を受けた被保険者ごとに（1人1枚ずつ）作成してください。

健康診査補助金申請書

個人用

健康診査にかかる補助金を下記のとおり申請します。

被 保 険 者 記 号 番 号										フリガナ		
記号	90							番号		枝番	01	組合員 氏名

受診券整理番号(特定健診対象者のみ記入)									

組 合 員 が 記 入 す る と こ ろ	健診を受けた 被保険者	枝番	フリガナ	生 年 月 日		
			氏名	昭和・平成 年 月 日		
	健 診 の 区 分		健 診 を 受 け た 日		自 己 負 担 額	
	① 基 本 健 診 項 目		令 和 年 月 日		円	
	② 追 加 項 目 (がん検診・胸部レントゲン撮影含む)		令 和 年 月 日		円	
③ 人 間 ド ッ ク (基本健診項目・がん検診・胸部レントゲン撮影含む)		令 和 年 月 日		円		
申 請				年 月 日		令 和 年 月 日

中央建設国民健康保険組合 理事長殿

本 部 受 理	処 理 No.				扱 者
	年 月 日				

支 部 受 理	扱 者	出張所長
	年 月 日	