

# 地方在住者成人病健康診断補助金申請書

事業所名  
 事業主名 印  
 支店・営業所名  
 担当者名  
 T E L

被保険者・被扶養者 の成人病健康診断の補助金を下記のとおり申請をします。

被保険者証 記号・番号	受診者氏名	受診費用 (消費税込み)	年 齢	被保険者証 記号・番号	受診者氏名	受診費用 (消費税込み)	年 齢

医療機関名	
医療機関場所	
実施年月日	年      月      日～      年      月      日

太 線 内 の み 記 入 し て 下 さ い 。

受診者人数		補助金額
名	名 ×                  円 =                  円	円

受付日	年      月      日	決定年月日	年      月      日
-----	-----------------	-------	-----------------

(注 意)

- ※この申請書に医療機関の領収書と健診結果を添付して申請して下さい。
- ※成人病健康診断受診料金は1名につき、被保険者及び被扶養者限度額は受診料金の3割と限度額30,000円を超えた額。
- ※被保険者は満30歳及び35歳以上の人、被扶養者は満30歳以上の人。
- ※年1回の利用に限り認められます。
- ※被保険者・被扶養者別に申請して下さい。
- ※成人病健診は血液検査等の他に心電図検査、超音波検査、胃X線検査のうち2項目は必須とします。  
(2項目以上無い物については、定期健診扱いとなります。)