

支 払 金 額							円
---------	--	--	--	--	--	--	---

理事長	常務理事	事務長	係	保健師

特定健康診査 補助金請求書(被保険者・被扶養者用)

豊島健康保険組合 御中

令和 年 月 日

被 保 険 者 等	記 号	事業所名(任意継続の場合、省略)		被扶養者氏名(被扶養者が受診者の場合)	
	番 号	被保険者氏名		被保険者住所	
健診項目	特定健康診査		健診機関 名称		
受診日	年 月 日		所在地		
振込希望の銀行 (被保険者名義)	銀行 支店			普通・当座 NO.	
				給与口座で ある ない	

※給与指定口座でない場合は、本人名義の通帳またはキャッシュカードのコピーを添付してください。

添 付 書 類	・健診を受けた医療機関等の発行した 領収証(原本) で、 健診項目が明記されたもの ・ 特定健診結果表(写し) (可能なら 特定健診結果データ)
補助金限度額	特定健康診査 8,190 円 但し、8,190 円 未満の場合は実費支給 8,190 円 以上は自己負担
対 象 期 間	各年度(4月～翌年2月)で各1回請求可
対象検診機関	市町村が住民健診として実施する健診機関・一般医療機関 但し、病院等で保険診療(マイナ保険証または資格確認書による)にて受けた検査は、 補助対象外です。

*この申請によって取得する個人情報は、当組合の補助金支払事務・健診後の保健指導・統計
および分析を目的に利用致します。