

**事業者健診（領収書が事業所名義）は
各種健診補助の対象外です。**
必ず「個人名義の領収書」を添付してください。

記入例

各種健診（健診・人間ドック等）補助金支給申請書

（診療に伴う保険適用の検診は補助対象となりません。）

被保険者証 記号・番号	1	2	3	-	1	2	3	4	5	6	7	8	
特定健診受診券整理番号 (特定健診対象者のみ記入)	○	○	○	不明時は空欄可			○	○	○	○	○	○	
受診者の氏名				続柄			生年月日			年齢			
国保 太郎				①.組合員（医師） 2.組合員の配偶者 3.准組合員 4.家族（2を除く）			昭和 ○○年○月○日 平成 ○○年○月○日			○○			
受診した施設名称	○○病院健診センター						今回受診した「がん検診」に✓してください。						
所在地	○○市○○3丁目○-○○						<input checked="" type="checkbox"/> 胃がん1（胃内視鏡検査） <input type="checkbox"/> 胃がん2（胃部エックス線検査） <input checked="" type="checkbox"/> 肺がん1（胸部エックス線検査） <input type="checkbox"/> 肺がん2 （胸部エックス線検査及び喀痰細胞診） <input checked="" type="checkbox"/> 大腸がん（便潜血検査） <input type="checkbox"/> 子宮頸がん （視診、子宮頸部の細胞診及び内診） <input type="checkbox"/> 乳がん（「乳房エックス線検査」もしくは「視触診及び乳房エックス線検査」）						
受診年月日	令和 ○年 ○月 ○日												
支払った金額	○○,○○○ 円												
振込先	口座名義人	フリガナ コクホ タロウ				預金種別		口座番号					
		国保 太郎				<input checked="" type="checkbox"/> 普通・ <input type="checkbox"/> 当座 該当の□に✓		1	2	3	4	5	6
		銀行	金融機関コード		支店		支店コード						
	○○○	信用金庫	0 0 0 0		○○○ 出張所		0 0 0						
		信用組合											
健診結果等に関する連絡先				1.事業所		2.その他→TEL		- -					
※申請書類に不備（健診結果の記入もれ等）があった場合の連絡先を指定してください。													
（40 歳以上）上記の者は、当該年度内に特定健診受診券、事業者健診データ提供協力を利用しませんので、補助金の支給を申請します。 （40 歳未満）上記のとおり補助金の支給を申請します。 令和○○年 ○月○○日													
組合員欄には医師である組合員の記名等が必須です。 准組合員や家族の氏名では受付出来ません。				住所		○○市○○1丁目○-○							
				組合員 (医師)		氏名		国保 太郎					
						TEL		000-000-0000					
埼玉県医師国民健康保険組合理事長 様													

- (注1) 太枠の中をもれなくご記入ください。
- (注2) 申請は、受診した当該年度内にお願いたします。（提出期限：翌年度8月末日必着）
- (注3) 原則、埼玉県内の医療機関で受診ください。
- (注4) 領収書（原本）は、『受診者名、日付、医療機関名、金額、但し書き』が明記されているもの限り、レシートは不可とします。

【40 歳以上】

- ・申請書に、「受診者名義の領収書（原本）」、「健康診査項目（結果表のコピーは不可）」、「問診票」を必ず添付してください。
- ・「健康診査項目」、「問診票」は、すべての項目の記入が必須です。

【40 歳未満】（年度内に 40 歳を迎える方を除く）

- ・申請書に、「受診者名義の領収書（原本）」を必ず添付してください。