

| | | | |
|------------|---------|---|---------|
| 健 保 使用欄 | 人間ドック | 円 | 支 給 日 |
| | 乳 が ん | 円 | |
| | 子 宮 が ん | 円 | 補 助 額 円 |

・受診後、添付書類と合わせて速やかにご提出ください。

令和 ××年 ××月×× 日

野村健康保険組合 御中

【契約外医療機関】 人間ドック補助金 申請書・請求書

この申請について請求いたします。

| | | | | | |
|---|-------------|-----------|---|-------|------------------------------|
| 1 | 被保険者 氏 名 | フガナケンボ ハナ | 2 | 記号・番号 | ××× - ××× |
| | | 健 保 花 | 3 | 事業所名 | 〇 〇 〇 〇 〇 (株) (任 意 継 続) |

| 受 診 者 | | | | | |
|-------|-------|---------------|---------------------|-------|---|
| 4 | 氏 名 | フガナケンボ ハナ | 5 | 生年月日 | <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 ××年 3 月 3 日 <input type="checkbox"/> 平成 |
| 6 | 続 柄 | 本人 | 7 | 年 齢 | (受診日現在) |
| 8 | 受診年月日 | 令和 ××年 5 月20日 | 9 | 婦 人 科 | <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 子宮がん |
| 10 | 医療機関名 | 〇 〇 健診センター | 婦人科を受診の場合 受診項目に✓ | | |

■ 在職の方記入欄

| 委 任 状 | |
|------------|----------------------------------|
| 住 所 | 〒 ×××- ×××× 令和 ××年 6 月 25 日 |
| 被保険者氏名 | 〇〇県〇〇市〇〇〇×丁目×-×× 健 保 花 |
| この補助金の受領方を | 事業所名・事業主名 〇〇〇〇株式会社 〇 〇 〇 〇 |

任意継続（退職後）の方は、委任状の記入は必要ありません。口座情報をご記入ください。

■ 任意継続被保険者の方記入欄（上記委任状の記入は不要）

| | | |
|----------------|--------|------|
| 被保険者名義 振込み先 | 銀行名 | 支店名 |
| | 種別 | 口座番号 |
| | 普通、() | |

| |
|-------|
| 受 付 印 |
|-------|

【添付書類】

人間ドック・婦人科検診結果(写)、領収書(原本)、「特定健診質問票」