

提出先	健保組合
添付書類等	■領収書原本 (受診者名の記載があるもの)

		受付担当

(健保組合使用欄)

支給額		円
内訳	被保険者	円
	被扶養者	円

PayPayカード健康保険組合 理事長 殿

令和 ○○年 □□月 △△日

人間ドック・生活習慣病予防健診 補助金支給申請書

下記のとおり受診しましたので申請いたします。

被保険者証 記号・番号	被保険者氏名
5 9 X X - X X X X X	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎

利用者氏名	受診医療機関	受診科目	健診費用総額
	受診日	(オプションについては検査名を記入のこと)	
健保 太郎	○○クリニック	<input checked="" type="checkbox"/> 人間ドック <input checked="" type="checkbox"/> 生活習慣病予防健診 <input type="checkbox"/> オプション ()	44,600円
	令和 ○○年 △△月 □□日		
	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> 生活習慣病予防健診 <input type="checkbox"/> オプション ()	円
	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> 生活習慣病予防健診 <input type="checkbox"/> オプション ()	円

振込希望口座 (被保険者名義)	金融機関名	支店名	普通預金 口座番号						
		○○ 銀行	△△ 支店	1	2	3	4	5	6

受付日付印