

※記入例 被保険者（任意継続）健診補助金申請書

添付書類				① 領収書またはレシート（原本） ※健診項目・受診者が確認できるもの ② 健診結果（コピー） ※乳がん・子宮がんは必須ではない ③ 問診票												
				記号	000	番号	000000		被保険者氏名	(フリガナ) ニッポン ハムコ						
会社名	記入不要			受診者氏名	(フリガナ)	日本	ハム子									
事業所名	記入不要			記入不要												
健診日	2024	年	6	月	15	日	生年月日	1973	年	12	月	5	日	年度末時点年齢 (3月末)	51	歳
健診機関名または 市町村名	00病院・00市・区・町・村				健診費用（総額）	00,000		円								
振込 <input type="checkbox"/> 座（普通） ※被保険者名義以外は指定できません																
銀行名		支店名		口座番号(7桁)		口座名義※カタカナ										
000		銀行 信組 信金 農協		000		支店 本店 営業部 出張所										
00000000		ニッポン ハムコ														
申請種類	回数	申請資格		限度額	申請 ○											
人間ドック	年1回(4月～3月)	30歳以上～40歳未満		20,000円												
		40歳以上		30,000円	○											
子宮がん	年1回(4月～3月)	20歳以上		10,000円	○											
乳がん					○											
特定健診	年1回(4月～3月)	40歳以上～75歳未満		3,000円												
一般健診	年1回(4月～3月)	40歳未満		3,000円												