

決 裁	理事	局長	次長	課長	課長補佐	担当	決定日	年	月	日	
							資 格	得	年	月	日
								喪	年	月	日
助成決定額		円					備考				

## 保健事業(人間ドック等)助成費支給申請書

領収書に人間ドック・健康診断の記載が必要です

太枠内を記入し、人間ドック等の領収書と健診結果の写しを添付のうえ申請してください

被 保 険 者 証 号 記 号 ・ 番 号	88 - .					
受診した被保険者の氏名等	氏 名				性別	
	生 年 日 月 日	年	月	日	続柄	
受診した施設の名称及び所在地	名 称					
	所在地					
受 診 日	年 月 日					
【服薬・喫煙について】 特定健診を兼ねているので、必ずご記入ください。						
①血圧を下げる薬を服用している。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						
②血糖を下げる薬を服用又はインスリン注射をしている。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						
③コレステロールを下げる薬を服用している。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						
④現在、喫煙をしている。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						
担当医師名又は判定医師名						

上記のとおり申請します。なお、上記保健事業助成費の受領を下記受任者に委任します。

年 月 日

住所

組 合 員 氏 名 \_\_\_\_\_

東京建設職能国民健康保険組合 理事長 殿

受 任 者 (組 合 長)	支部名	_____
	住所	_____
	氏名	_____

受 付 日