

決定年月日	令和 年 月 日	支出科目内訳	
交付年月日	令和 年 月 日	5-1-1	件 円
交付額	円	5-1-4	件 円
備考			

↑ 健保使用欄につき記入不要

生活習慣病予防健診補助金交付申請書(個人用)

令和 年 月 日

エア・ウォーター健康保険組合 殿

下記のとおり、生活習慣病予防健診を実施したので、補助金の交付をお願いします。

記号		番号		被保険者住所 〒 -
被保険者 [本人]氏名			印	
電話番号	-	-		

受診者区分 (該当に○印)	本人 ・ 家族	受診[家族]氏名 (家族が受診した際に記入)	
健診機関名			
受診年月日	令和 年 月 日	費用総額	円

実施した検査項目に○印

胃カメラ検査	胃バリウム検査	ペプシンーゲン検査	胃部検査なし	眼底検査
乳がん検診 (マンモグラフィまたはエコー)	子宮頸がん検診 (細胞診)	子宮頸がん検診 (HPV)	子宮体がん検診	骨密度検査 <女性のみ>
前立腺がん検診 (PSA)	肺がん検診 (ヘリカルCT)	大腸がん検診 (便潜血)	C型肝炎検査(HCV) <1人1度のみ支給>	

健診補助金入金先口座(被保険者名義)

金融機関名		銀行・信金・信組・労金 農協・漁協・その他
支店名		本店・支店・出張所 本所・支所
口座番号	普通預金	
被保険者[本人] 口座名義(カナ)		

※ゆうちょ銀行をご指定される場合は
支店名と口座番号をお調べの上で
ご記入ください。(記号・番号不可)
例)ゆうちょ銀行 六七八支店
口座番号:1234567

申請の際に必要な書類

- この補助金交付申請書(印鑑押印必須)
- 領収書(原本)
- 結果表コピー(オプション検査を実施された場合はその結果について記載のあるもの)
- 質問票