

健 保 使用欄	人間ドック		支 給 日	
	乳 が ん			
	子 宮 が ん		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	フリガナ ケ ン ボ ハ ナ	2	記号・番号	××× - ×××
		健 保 花			3

受 診 者					
4	氏 名	フリガナ 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
		健 保 花			
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	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	県 市 ×丁目×-×× 健 保 花
この補助金の受領方を	事業所名・事業主名 株式会社 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。 に委任する。

■ 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」