

※ 決 裁	常務 事務	局 長	次 長	課 長	課長 補佐	担 当	※決定	年 月 日
							※得	年 月 日
							※喪	年 月 日

保健事業(人間ドック等)助成費支給申請書

・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
・※欄は記入しないでください

所属支部名

被 保 険 者 証 号 被 記 保 号 ・ 番 号	88- .		
受診した被保険者の氏名等	氏 名	性別	男 ・ 女
	生 年 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			
※ 助成決定額	円		

年 月 日

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	(印)
東京建設職能国民健康保険組合 理事長 殿	

記

受任者	住所	_____
	氏名	(印)

受付日付印
