

健康保険 特定健康審査費用 支給申請書

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者 申請者 情報	事業所番号	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4 1 9 9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	氏名・印	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	住所	(〒 -)	都 道 府 県	自署の場合は押印を省略できます。			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()						

振込先 指定口座	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号 <input type="text"/>
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)	
			口座名義 の区分 <input type="checkbox"/> 1. 申請者 2. 代理人

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。		令和 年 月 日
	代理人 (口座名義人)	住所	TEL ()	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
	氏名・印	(〒 -)		委任者と 代理人との 関係
		(フリガナ)		

- ※1. 被保険者証の番号を記入しない場合のみ、備考欄に個人番号を記入してください。
- ※2. 備考欄に個人番号を記入した場合、次の対応をお願いします。
①事業主経由で提出 >>> 事業主確認欄に番号および本人の確認を行った担当者が押印
②本人が直接提出 >>> 番号確認および本人確認のための添付書類が必要

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

備考	事業所 個人番号 照会者	印	受付日付印
社会保険労務士の 提出代行者名記載欄		印	

健康保険 特定健康審査費用 支給申請書

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

申請内容	1 受診者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)
	1 - ①家族の場合はその方の	氏名 <input type="text"/> 生年月日 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	2 受診券整理番号	<input type="text"/>
	3 受検した医療機関等の	名称 <input type="text"/> 所在地 <input type="text"/>
	4 受検をした日	<input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 <input type="text"/>
	5 受検に要した費用の額	<input type="text"/> 円
6 支給申請の理由	<input checked="" type="checkbox"/> 3. 契約外の医療機関で受検したため	

※ 領収証の写し、健診結果票の写しおよび問診票(所定様式)を必ず添付してください。

※ 組合の規定額の補助が受けられます。

※ 次年度からは必ず指定契約医療機関で受検してください。