

平成 年 月 日申請

特例退職被保険者 任意継続被保険者 「B方式」健康診査補助金支給申請書

民間放送健康保険組合理事長 殿

下記のとおり健康診査を実施したので、補助金の支給申請をします。

被保険者証の	記号		被保険者氏名	
	番号			

被 保 険 者	受診者の	氏名		生年月日	昭和 平成	年 月 日	続柄	
		住所	〒 - (TEL)					
	種別	A. 生活習慣病予防健診 B. 特定健診 C. 日帰り人間ドック D. 一泊人間ドック [1. 乳房診検査 2. 子宮細胞診検査 3. 前立腺 (PSA) 検査]						
	平成 年 月 日受診	健診機関名		健診の実費	円	健保使用欄 決定額	円	

被 扶 養 者	受診者の	氏名		生年月日	昭和 平成	年 月 日	続柄	
		住所	〒 - (TEL)					
	種別	被扶養配偶者 40歳以上の被扶養者 A. 生活習慣病予防健診 B. 特定健診 C. 日帰り人間ドック A. 生活習慣病予防健診 B. 特定健診 [1. 乳房診検査 2. 子宮細胞診検査 3. 前立腺 (PSA) 検査] [1. 乳房診検査 2. 子宮細胞診検査 3. 前立腺 (PSA) 検査]						
	平成 年 月 日受診	健診機関名		健診の実費	円	健保使用欄 決定額	円	

振込希望 金融機関 (被保険者の口座)	銀行 店(普通・当座・貯蓄)		番
	(フリガナ)		
	口座名義		

[添付書類]

- 健康診査結果報告書 全ページ (写)
- 健診機関発行の領収書 (写)
- 特定健康診査の質問票 40歳以上の方のみ (写)

[注意事項]

「特定健診」を受診される場合は、
乳房診検査・子宮細胞診検査・
前立腺 (PSA) 検査の補助はありません。