

極秘

(※40歳以上の方のみ)

(様式扶1号)

被扶養者(任意継続被保険者・被扶養者含む) 特定健康診査補助料請求書

令和 7 年度

年 月 日

神奈川県医療従事者健康保険組合 御中

要綱に基づき、補助料請求いたします。

※特定健康診査受診券を使って受診した方は、この請求書の提出は不要です。

健康保険被保険者証の記号-番号-枝番		— —	
請求者住所	〒 — — — — — 電話 ()		
請求者氏名 (健診受診者氏名)	生年月日	昭和 平成	年 月 日 才

①と②のどちらかに○をつけてください。		補助金額	添付書類 ※すべて写しで可
①	情報提供	5,000円	パート等の勤務先で受診した 結果表(数値の記載があるもの)と質問票
②	特定健診(自費)	上限 10,000円	人間ドック等の結果表(数値の記載があるもの) と質問票及び領収書

振込先金融機関	金融機関コード	本支店番号	預金種別	口座番号
	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 組合	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	フリガナ 預金口座 名 義

※振込先金融機関の欄には必ずご記入下さい。

- ・健診受診者もしくは被保険者名義の口座をご記入ください。
- ・健診結果につきましては、数値の記載のあるものをご提出ください。
- ・特定健康診査の項目以外のオプション検査(ご自身で追加した心電図・眼底、がん検診等)につきましては補助の対象外となります。

※保険適用の健診は補助の対象外となります。

受付日付印

支払額