任継

保険証記号	5000

健康診査等補助金申請書

添付書類
1. 領収書(写)　　健診年月日、健診受診者氏名、健診名称の記述があるもの
2. 健診結果(写)　健診実施機関が発行した健診結果表(健診内容確認・結果登録のため必要です。)

番号	被保険者番号	氏　名	続柄	生年月日	年　令	受診年月日	健診種別 (受診した項目に○を付してください。)	健診費用	補助申請額
1							人間ドック・生活習慣病健診・脳ドック・乳がん・子宮頸がん・PET検診・胃検診		
2							人間ドック・生活習慣病健診・脳ドック・乳がん・子宮頸がん・PET検診・胃検診		
3							人間ドック・生活習慣病健診・脳ドック・乳がん・子宮頸がん・PET検診・胃検診		
4							人間ドック・生活習慣病健診・脳ドック・乳がん・子宮頸がん・PET検診・胃検診		
5							人間ドック・生活習慣病健診・脳ドック・乳がん・子宮頸がん・PET検診・胃検診		
6							人間ドック・生活習慣病健診・脳ドック・乳がん・子宮頸がん・PET検診・胃検診		
7							人間ドック・生活習慣病健診・脳ドック・乳がん・子宮頸がん・PET検診・胃検診		
8							人間ドック・生活習慣病健診・脳ドック・乳がん・子宮頸がん・PET検診・胃検診		
9							人間ドック・生活習慣病健診・脳ドック・乳がん・子宮頸がん・PET検診・胃検診		
10							人間ドック・生活習慣病健診・脳ドック・乳がん・子宮頸がん・PET検診・胃検診		

(注)申請は健診実施後3ヵ月以内にお願い致します。

健康診査等補助金申請額　(　　名分)　　円

年　　月　　日
神奈川県機器健康保険組合
理事長　殿

受診者の代理として領収書(写)、健診結果表(写)を添付し補助金を申請します。

被保険者氏名

電話番号