

# 主 婦(夫) 人 間 ド ッ ク 申 込 書

令和 年 月 日

|                              |                                                        |  |  |
|------------------------------|--------------------------------------------------------|--|--|
| 健康保険証<br>記号・番号               | —                                                      |  |  |
| 会 社 名                        |                                                        |  |  |
| 被 保 険 者 氏 名                  |                                                        |  |  |
| 受 診 者 名                      | 健康保険組合が受診者の保健指導に使用する目的で、<br>健診結果を受領することについて合意し、申し込みます。 |  |  |
| 住 所                          | 〒<br><br>TEL (                      ) —                |  |  |
| 人 間 ド ッ ク<br>健 診 機 関 名       |                                                        |  |  |
| 受 診 日                        | 令和 年 月 日 予約済                                           |  |  |
| (連絡事項)<br>1. 婦人科検診    する・しない |                                                        |  |  |

この申込書は予約ができてからご記入ください。

※人間ドックは12月31日までに受診してください

## 市 区 町 村 ガ ン 検 診 等 補 助 金 交 付 申 請 書

令和 年 月 日

健康保険証の記号・番号

—

被保険者名

|                     |                                     |                                      |         |             |
|---------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|---------|-------------|
| 検 診 を 受 け た 者 の 氏 名 | 対 象 者                               | 検 診 の 種 別                            | 検 診 料 金 | 補 助 金 申 請 額 |
| 昭和<br>平成            | 女性被保険者および<br>被扶養者である妻               | 子 宮 ガ ン<br>乳 ガ ン                     | 円       | 円           |
|                     | 35歳以上の任意継続<br>被保険者および被扶<br>養者である配偶者 | 胃 ガ ン<br>肺 ガ ン<br>大 腸 ガ ン<br>骨 粗 鬆 症 |         |             |
|                     |                                     |                                      |         |             |
|                     |                                     |                                      |         |             |

- ・健康保険証を使用した検査や自費で受けた検診は補助の対象とはなりません。
- ・領収書（氏名、受診日、検診種別・単師の記載があるもの）を裏面に添付ください。
- ・2種以上の検診の補助金申請を1枚に書いても結構です。3回以上に分けて申請するときは、本用紙を会社または健保に請求ください。または、この用紙をコピーして保存しておいてください。

## 市 区 町 村 ガ ン 検 診 等 補 助 金 交 付 申 請 書

令和 年 月 日

健康保険証の記号・番号

—

被保険者名

|                     |                                     |                                      |         |             |
|---------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|---------|-------------|
| 検 診 を 受 け た 者 の 氏 名 | 対 象 者                               | 検 診 の 種 別                            | 検 診 料 金 | 補 助 金 申 請 額 |
| 昭和<br>平成            | 女性被保険者および<br>被扶養者である妻               | 子 宮 ガ ン<br>乳 ガ ン                     | 円       | 円           |
|                     | 35歳以上の任意継続<br>被保険者および被扶<br>養者である配偶者 | 胃 ガ ン<br>肺 ガ ン<br>大 腸 ガ ン<br>骨 粗 鬆 症 |         |             |
|                     |                                     |                                      |         |             |
|                     |                                     |                                      |         |             |

郵便はがき

お手数  
ですが、  
切手  
をお貼  
り  
ください。

542-0081

大阪市中央区南船場1丁目18番11号

SRビル長堀6階

大日本塗料健康保険組合 御中

〒542-0081

〒542-0081