

被扶養者特定健康診査助成額請求書

請求金額 _____ 円

特定健康診査助成金として、領収書及び健診結果(質問票含む)を添付の上、
上記金額を請求します。

年 月 日

被保険者 住所

氏名 _____ (印)

保険証記番号	-	受診年月日	平成	年	月	日
受診者氏名			年齢	歳		

※特定健康診査助成の対象者は、年度内に40歳から74歳に到達する方です。

※人間ドック受診者は助成の対象外です。

※5,500円以上のときは5,500円、5,500円未満のときはその額を記入してください。