

# 被保険者特定健康診査助成額請求書

請求金額 \_\_\_\_\_ 円  
( \_\_\_\_\_ 名分)

被保険者特定健康診査助成金として、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

事業主 住所  
氏名 ⑩

所在地  
受診医療機関 ⑩  
名 称

下記のとおり特定健診を含む健康診断を実施したことを証明します。

1人当たり健診費用 \_\_\_\_\_ 円  
(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。)

## 受診者内訳

保険証番号	氏 名	年 齢

保険証番号	氏 名	年 齢

- ※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。
- ※年齢は受診時における満年齢を記入してください。
- ※1人当たり健診費用が異なる受診者については、新たに別の用紙に記入してください。
- ※記載しきれない場合は、続紙に記入してください。