令和7年度（健診受診対象期間：令和7年4月1日～令和8年3月31日）　≪事業所用≫

【請求書送付先】〒110－0015 東京都台東区東上野1丁目27番2号 東薬健保健康開発センター 疾病予防事業補助金 係 ☎03（3833）3272

疾病予防事業 補助金請求書

記入例

－申請の詳細については「健康保険事務の手引き」や当組合ホームページ等をご覧ください。－

ご請求の際は、①疾病予防事業補助金請求書　②領収書（写し可。所定の領収明細書でも可）
③健診結果（写）④総合健診利用書の原本（単科検診は不要）　⑤請求対象者名簿　が必要です。

事業所記号	事業所名　および　請求者名（事業主名または届出ている代理人）
9999	事業所名　東京株式会社 請求者名　代表取締役　薬業　太郎 （事業主名または届出ている代理人）

担当者名　および　連絡先（日中連絡が取れる）

担当者名　総務課　東薬　太郎　　☎　03　（3833）　3272

振込通知書送付先住所（日本国内）　〒　110　－　0015

東京都台東区東上野1-27-2

健診実施年月日	医療機関所在地	医療機関名
令和 7 年 5 月 1 日 受診	東京 都・道 府・県	永田町病院 他

総合健診	一次健診	二次検査	単科検診	一次検診	二次検査
定期健診	1 名	名	子宮頸がん検診	名	
生活習慣病健診	1 名	名	乳がん・子宮頸がん検診	名	
生活習慣病女性健診	名	名	胃検診	名	名
日帰り人間ドック	名		肝炎ウイルス検診	1 名	名
家族健診	名	名	骨粗しょう症検診	名	
特定健診	名	名	前立腺がん検診	名	名
			腹部超音波検査	名	
			脳検診	名	

振込個人明細表の出力　1．必要（出先・番号順）　2．必要（番号順）　3．不要

＊令和7年度の健診補助金の請求締切は令和8年4月10日（金）必着です。

振込先金融機関（日本国内に支店がある金融機関に限る。）

金融機関	銀行コード 9999 薬業　銀行・農協・信金・信組	支店	店番号 999 永田町　支店
口座種類	普通 ・ 当座　（該当に○）	口座名義 必ずカタカナでご記入ください	トウキョウ（カ
口座番号	9 9 9 9 9 9 9		

＊ゆうちょ銀行の場合は、通帳の表紙をめくった見開きページの銀行振込用の受取口座をご記入ください。
＊口座名義がアルファベット表記の場合は、カタカナの記入はしないでください。

委任状　＊補助金の受領を請求者以外に委任する場合は必ず「委任状」欄を記入し、押印してください。

本請求に基づく疾病予防事業補助金に関する受領を代理人に委任します。

請求者　事業所名
請求者氏名　　㊞　令和　年　月　日

代理人　事業所名
代理人氏名

補助金の受領を請求者以外に委任する場合、
代理人氏名と口座名義は完全に一致させてください

＊本請求書に記入された内容は、本件以外には使用しません。個人情報の取り扱いについては、ホームページ等に掲載しています。

請求対象者名簿

記入例

事業所記号	9	9	9	9
事業所名称	東京 株式会社			

●対象者　※すべての項目について必ずご記入ください。

	番号	氏名	種別 どちらか○で囲む	健診種別	健診受診日	健診費用
1	99991	企画 太郎	(本人)・家族	生活習慣病健診	令和 7 年 5 月 1 日	19,250 円
2	99991	企画 太郎	(本人)・家族	肝炎ウイルス検診	令和 7 年 5 月 1 日	3,300 円
3	99992	総務 花子	(本人)・家族	定期健診	令和 7 年 5 月 1 日	11,000 円
4			本人・家族		令和 年 月 日	円
5			本人・家族		令和 年 月 日	円
6			本人・家族		令和 年 月 日	円
7			本人・家族		令和 年 月 日	円
8			本人・家族		令和 年 月 日	円
9			本人・家族		令和 年 月 日	円
10			本人・家族		令和 年 月 日	円
11			本人・家族		令和 年 月 日	円
12			本人・家族		令和 年 月 日	円
13			本人・家族		令和 年 月 日	円
14			本人・家族		令和 年 月 日	円
15			本人・家族		令和 年 月 日	円
16			本人・家族		令和 年 月 日	円
17			本人・家族		令和 年 月 日	円
18			本人・家族		令和 年 月 日	円
19			本人・家族		令和 年 月 日	円
20			本人・家族		令和 年 月 日	円
21			本人・家族		令和 年 月 日	円
22			本人・家族		令和 年 月 日	円
23			本人・家族		令和 年 月 日	円
24			本人・家族		令和 年 月 日	円
25			本人・家族		令和 年 月 日	円
				請求対象人数		3 人

領　収　明　細　書

記入例

総合健診	単価（税込）	一次健診	二次検査
定期健診	11,000 円	1 名	名
生活習慣病健診	19,250 円	1 名	名
生活習慣病女性健診	円	名	名
日帰り人間ドック	円	名	
家族健診	円	名	名
特定健診	円	名	名
	円	名	名
	円	名	名
	円	名	名
	円	名	名
	円	名	名
	円	名	名
	円	名	名
	円	名	名

単科検診	単価（税込）	一次検診	二次検査
子宮頸がん検診	円	名	
乳がん・ 子宮頸がん検診	円	名	
胃検診	円	名	名
肝炎ウイルス検診	3,300 円	1 名	名
骨粗しょう症検診	円	名	
前立腺がん検診	円	名	名
腹部超音波検査	円	名	
脳検診	円	名	
	円	名	名
	円	名	名
	円	名	名
	円	名	名
	円	名	名
	円	名	名
総合計	33,550円		

領　収　金　額　33,550 円

東京 株式会社 様

令和 7 年 5 月 1 日　　上記のとおり領収しました。

医療機関名　永田町病院

所在地　〒100-0014
東京都千代田区永田町2-17-2

代表者　院長　業務　太郎　㊞印

電話番号　03(3581)1231

組合記入欄

貼付例

領　収　書　貼　付　用　紙

※領収書は重ならないように貼付し、領収書の枚数に応じて貼付用紙はコピーしてお使いください。

のり

領　収　書

企画　太郎　　令和7年5月1日

領収金額

22,550　円

（健康診断費用として）

内訳	生活習慣病健診	19,250円
	肝炎ウイルス検診	3,300円

永田町病院　院長　業務　太郎　印

疾病予防事業補助金請求書用

しろ

領　収　書

総務　花子　　令和7年5月1日

領収金額

11,000　円

（健康診断費用として）

永田町病院　院長　業務　太郎　印

※必ず「のりしろ」上にのり付けし、はがれないようにお願いいたします。