

〔請求書送付先〕〒110-10015 東京都台東区東上野1丁目2-7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**  
—申請の詳細については当組合ホームページ等をご覧ください。—

記入例

ご請求の際は、①疾病予防事業補助金請求書 ②領収書の原本 ③健診結果（コピー可）  
④総合健診利用書の原本（単科検診は不要） が必要です。

被保険者証	記号	番号 (右づめで記入)	請求者名 —被保険者または受診者—
	9 9 9 9	9 9 9	東薬 花子
事業所名 —任意継続被保険者・特例退職被保険者は記入不要—			連絡先 —日中連絡が取れる—
東京株式会社			☎ 03 ( 3833 ) 3272
振込通知書送付先住所 (日本国内) —被保険者または受診者住所—			〒 100 — 0014
東京都千代田区永田町2-17-2			

医療機関所在地	医 療 機 関 名	健診区分
東京 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">都</span> 道府・県	永田町病院	一次健診・二次検査 (該当に○)

受診者名	健診種別	健診受診日	健診費用
東薬 花子	家族健診	令和 4 年 5 月 7 日	30,250 円
東薬 花子	骨粗しょう症検診	令和 4 年 5 月 7 日	2,200 円
		令和 年 月 日	円

**\*総合健診のほかに単科検診を受診し請求する場合は、健診種別とその健診にかかる費用（領収額）をご記入ください。**

\*令和4年度の脳検診は令和4年4月2日～令和5年4月1日の間に、50歳、52歳、54歳、56歳、58歳、60歳、62歳、64歳、66歳、68歳、70歳、72歳、74歳となる誕生日を迎える方が対象です。

**\*令和4年度の健診補助金の請求締切は令和5年4月10日（月）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	9 9 9 9	支店	店番号	9 9 9
	薬業 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">銀行</span> ・農協 信金・信組	永田町 支店			
口座種類	普通・当座 (該当に○)		口座名義	トウヤク ハナコ	
口座番号	9 9 9 9 9 9 9		必ずカタカナで ご記入ください		

\*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(家族の場合も必要です)。

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。

請求者氏名 \_\_\_\_\_ (印)

代理人氏名 \_\_\_\_\_ 令和 年 月 日

\*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。

# 領 収 書 貼 付 用 紙

※領収書は原本を重ねられないように貼付し、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

し

ろ

## 領 収 書

東 薬 花 子

令和4年5月7日

領収金額

32,450 円

(健康診断費用として)

内訳	家族健診	30,250円
	骨粗しょう症検診	2,200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

※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。