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）　≪個人用≫

記入例

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。－

【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

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）　③健診結果（写）
④総合健診利用書の原本（単科検診は不要）　が必要です。

健康保険	記　号	番　号	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　(都)・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 7 年 5 月 8 日	30,250 円
東薬　花子	骨粗しょう症検診	令和 7 年 5 月 8 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 9 9 9 9 薬業　(銀行)・農協・信金・信組	支店	店番号 9 9 9 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）	トウヤク　ハナコ
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。
なお、キャッシュカードの場合は、記載されている記号・番号をゆうちょ銀行ホームページの「記号番号から振込用の店名・預金種目・口座番号を調べる」で確認し、記入してください。
＊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 ＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

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。

東京薬業健康保険組合

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。

のりしろ

領　収　書

東薬　花子　　令和7年5月8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　㊞

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。