

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「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領収書の原本（所定の領収明細書でも可）
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） ⑤請求対象者名簿 が必要です。

被保険者証記号 9 9 9 9	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）
	事業所名 東京株式会社 請求者名 代表取締役 薬業 太郎 <small>（事業主名または届出ている代理人）</small>
担当者名 および 連絡先	
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 3 年 5 月 5 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	乳がん・子宮頸がん検診		名
生活習慣病健診	1	名		名	胃検診		名		名
生活習慣病女性健診		名		名	肝炎ウイルス検診	1	名		名
日帰り人間ドック		名		名	骨粗しょう症検診		名		名
家族健診		名		名	前立腺がん検診		名		名
特定健診		名		名	腹部超音波検査		名		名
					* 脳検診		名		名

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

*令和3年度の脳検診は令和3年4月2日～令和4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3年度の健診補助金の請求締切は令和4年4月11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 銀行・農協 信金・信組	永田町	支店
□座種類	普通 ・ 当座 <small>（該当に○）</small>	□座名義	トウキョウ(カ)
□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。

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 東薬健康開発センター

請求対象者名簿

記入例

被保険者証記号	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。

No.	保険証番号	氏名	種別 <small>どちらか〇で囲む</small>	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 3 年 5 月 5 日	19,250 円
2	99991	企画 太郎	○本人・家族	肝炎ウイルス検診	令和 3 年 5 月 5 日	3,300 円
3	99992	総務 花子	○本人・家族	定期健診	令和 3 年 5 月 5 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 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

領 収 書

企画 太郎

令和3年5月5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



疾病予防事業補助金請求書用

し

ろ

領 収 書

総務 花子

令和3年5月5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



※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。