

常務理事	事務長	部長	課長	係長	担当者

NO

生活習慣病等予防健診費用補助承認申請書

※ 申請書は、すくなくとも実施日の十日前までに提出のよう。
 ※ 健診を受けた後に申請書を提出する事は出来ません。

被保険者証 記号・番号		被保険者氏名		男	S	年	月	日	年令	歳
				女	H					
健診希望者 が被扶養者	被扶養者氏名		続柄	男	S	年	月	日	年令	歳
				女	H					
被保険者の 住 所	〒 TEL									
事業所名										
現に勤務し ている場所										
指定医療機 関で健診を 受けられな い理由										
健診の種別 ○で囲む	1 生活習慣病・A2コース		健診予定病院							
	2 生活習慣病・Bコース		病院所在地							
	3 人間ドック（40歳以上）		TEL							
実施予定日	令和 年 月 日		概算費用				円			
事業所名										印
事務担当者名										印
<p>以上の通り、生活習慣病等予防健診費用補助の承認申請いたします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>被保険者名 印</p>										

受付月日