常務理事	担　当	担　当	担　当

令和　　年　　月　　日

ゴールドウイン健康保険組合　あて

健 診 補 助 金 交 付 申 請 書

（健康保険の被扶養者）

下記の健診を受けたので領収書、健診結果、質問票を添付のうえ、補助金の申請をします

健康保険被保険者等				被保険者
記　号		番　号		氏　名
受診者氏名				
電話番号	（　　）　　－			
郵便番号・住所	〒			
受診項目(該当に〇)		特定健診		乳がん
		人間ドック等（特定健診含む）		子宮がん
				前立腺がん

領収額内訳	受診項目	健診日	内訳金額	医療機関名
※ 医療機関にてご記入をお願いいたします（お問合わせ先TEL0766-61-4806）	特定健康診査(基本部分)	／	円	
	特定健康診査(詳細部分)	／	円	
	その他(人間ドック等上乗せ分)	／	円	
	乳がん検診	／	円	
	子宮がん検診	／	円	
	前立腺がん検診	／	円	

支払金額	円
申請額（40,000円限度）	円

振込希望の銀行

＿＿＿＿＿＿＿＿銀行　　＿＿＿＿＿＿＿＿支店

普通・当座　No.＿＿＿＿＿＿＿＿　　フリガナ 名　義 ＿＿＿＿＿＿＿＿

＊ 領収書（写し可）、健診結果・質問票(写し)を添付願います
〈健診結果に質問票の記載がない場合は、裏面の記入を必ずお願いします〉