

# オプション検査A 補助金申請書 (任意継続者用)

記入例

申請日 2026 年 7 月 23 日

●健康保険の記号番号・被保険者氏名・年齢・生活習慣予防健診受診日をご入力(記入)下さい。

健康保険の記号番号	被保険者氏名	年齢※	生活習慣予防健診受診日	健保記入欄
500 - 6546	兼松 太郎	56	2026 年 5 月 10 日	

※2027年3月31日時点での年齢をご記入ください

●郵便番号・住所・電話番号・振込希望金融機関名・支店名・口座番号・フリガナ口座名義をご入力(記入)下さい。

郵便番号	住所	電話番号	
〒 000 - 0000	大阪府00市0000 00-00 00000000	000-0000-0000	
振込希望金融機関名	支店名	口座番号	フリガナ口座名義(被保険者に限る)
△△△△△△△△ 銀行 信用金庫・信用組合	△△△△△△△△ 支店	△△△△△△△△ 普通 当座	カネマツ タロウ

●受診・使用・購入日 どちらかに○ どの□に✓、要した金額(税込) どちらかに○ (記入) 下さい。

受診・使用・購入日	検査項目・使途	要した金額(税込)	要した金額(税込) 合計	健保記入欄
2026 年 5 月 10 日	<input checked="" type="checkbox"/> 疾病の予防 <input type="checkbox"/> 生活習慣の改善 <input type="checkbox"/> メンタルヘルスの改善	3,150 円 歯科検診	3,150 円	健 本 男 50 重 決

ここは自動入力のため、入力(記入)不要

申請については、HPをご覧ください。

## 領収書・明細書 原本添付欄

スペースが足りない場合は、裏面に添付ください。

領収書原本は返却できません。

# 領収書原本

# 明細書原本