

オプション検査B 補助金申請書 (任意継続者用)

記入例

申請日 2026 年 6 月 10 日

●健康保険の記号番号・被保険者氏名・年齢・一般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※	一般健診健診受診日	健保記入欄
500 - 6425	組合 太郎	37	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	
〒0000 - 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	クミアイ タロウ

●受診日、検査項目、いずれかに○ご入力(記入)下さい。

受診日	検査項目	要した金額(税込)	健保記入欄
2026 年 5 月 10 日	腹部超音波検査	4,400 円	健 本 重 レ 決 定 額

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