

オプション検査B 補助金申請書

記入例

申請日 2026 年 7 月 25 日

●健康保険の記号番号・被保険者氏名・年齢・事業所（勤務先）名称・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*	事業所（勤務先）名称	一般健診受診日	健保記入欄
234 - 547	連合 太郎	37	〇〇〇〇〇〇〇〇株式会社	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

●受診日、検査項目、要した金額（税込）をご入力（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

申請方法②（事業所（勤務先）経由）の場合は、こちらに領収書・明細書の原本を添付ください。

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