

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

2025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	2025年5月10日	

※ 2026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	大阪府〇〇市〇〇〇〇 〇〇-〇〇 〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
振込希望金融機関名	支店名	口座番号
△△△△△△△△ 銀行 信用金庫 信用組合	△△△△△△△△ 支店	△△△△△△△△ 普通 当座
フリガナ口座名義（被保険者に限る）		カネマツ タロウ

●受診・使用・購入日 いずれかに 〇 どの□に✓、要した金額 どちらかに 〇 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
2025年5月10日	☒ 疾病の予防 ☐ 生活習慣の改善 ☐ メンタルヘルスの改善	歯科検診 3,150円	3,150円	健 本 男 50 重 決 定

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