東京都電機健康保険組合

補 助 金 交 付 申 請 書

記 入 例

個 人 申 請 用

※ 下 記 の 太 枠 内 を も れ な く ご
（記入もれによりご返却させていただくことがございま

※申請時に必要な健康保険の記号・番号につきましては、当組合発行の資格情報のお知らせ、資格確認書のほか

	①種別	②健 診 種 目
健 診 種 目 ①及び②の該当する項目に〇をつけて下さい	被保険者（本人）	人間ドック　婦人健診
	被扶養者（家族）	人間ドック　婦人健診　家族健診
	任意継続被保険者	基本健診　生活習慣病健診　人間ドック　婦人健診　インフルエンザ予防接種
	任意継続被扶養者	人間ドック　婦人健診　家族健診　インフルエンザ予防接種

①種別及び②健診種目の該当する箇所に〇をつけて下さい。

記 号・番 号	記号	12584	番号 9909
事 業 所 名 任意継続被保険者は不要	株式会社　電機健保		
被 保 険 者 氏 名	電機　太郎		
被 保 険 者 住 所	〒　113　－　0034　東京都文京区湯島3－15－4		
		電 話 番 号	03－383
受 診 者 氏 名	電機　花子	受 診 年 月 日	令和　3 年　8 月　1 日
受診した健診機関名	電機健保病院		

もれなく記入して下さい。

振 込 先

金融機関コード	金融機関名	支店コード	本・支店名
9 9 0 0	ゆうちょ銀行	0 2 8	〇二八
預 金 種 別	普通 ・ 当座 ・ その他（　　）	口 座 番 号	1 2 3 4 5 6 7
口 座 名 義	フリガナ　デンキ　タロウ 電機　太郎		

受診者が被扶養者の場合であっても、振込先は被保険者名義の口座を記入して下さい。

確 認 欄	
☑ □に✓をください	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

右欄の内容を確認のうえ、よろしければ□欄に✓を入れて下さい。

組

受付印

	任継(家族)

@　　=

婦人	2,000	5,000
家族	0	

※ 健診結果のコピー（すべてのページ）と領収書（コピー可）を必ず添付して下さい。

※この申請に係る個人データについては、補助金の支払い及び統計資料の作成、または健康教育や保健指導などの疾病予防の効果につながる保健事業の実施以外の目的には使用いたしません。

問　　診　　票

もれなく記入
して下さい。

記号・番号	12584 ― 9909	カナ氏名	デンキ　ハナコ
		生年月日	(昭和)・ 平成　38　年　8　月　1　日

以下の質問にご回答ください
≪当年度内に40歳以上になる方は必

※記入漏れがある場合は当組合からお問い合わせ

当年度内に40歳以上になる
方はもれなく記入して下さい。

1．現在の健康状態をどう思いますか

(1）健康)　2）普通　3）健康に不安　4）病気がち

2．医師から次の病気にかかっていると言われたり、治療を受けたことがありますか

・脳卒中（脳出血・脳梗塞等）　(1）はい)（ 3 ）年前　2）いいえ

・心臓病（狭心症・心筋梗塞等）　1）はい（　　）年前　(2）いいえ)

・慢性腎臓病や腎不全、あるいは治療（人工透析など）　1）はい（　　）年前　(2）いいえ)

・貧血（低ヘモグロビン）　1）はい（　　）年前　(2）いいえ)

・ほかに治療中の病気があれば記入してください　（　　）（　　）年前から

3．現在、下記の薬を使用していらっしゃいますか

・血圧を下げる薬　(1）はい)　2）いいえ

・血糖を下げる薬又はインスリン注射　1）はい　(2）いいえ)

・コレステロールや中性脂肪を下げる薬　1）はい　(2）いいえ)

4．現在、たばこを習慣的に吸っていらっしゃいますか

（現在、習慣的に吸っているとは　①最近1か月間吸っている。 かつ
②生涯6か月間以上吸っている又は合計100本以上吸っている）

1）はい　(2）以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない(上記②のみ)　3）いいえ