

**助成金支給申請書**  
(健康診査・胃検診・婦人科検診)

【問合せ先】 健康管理課 TEL:03-3666-8845

|                               |                             |                        |                         |                               |               |                    |  |               |      |                  |                  |       |    |  |             |  |
|-------------------------------|-----------------------------|------------------------|-------------------------|-------------------------------|---------------|--------------------|--|---------------|------|------------------|------------------|-------|----|--|-------------|--|
| 被保険者等<br>記号・番号                |                             |                        |                         | 【問合せ先】 健康管理課 TEL:03-3666-8845 |               |                    |  |               |      |                  |                  |       |    |  |             |  |
| フリガナ                          |                             |                        |                         |                               |               | 〔 続柄 〕             |  | 生年<br>月 日     |      | 昭和 ・ 平成<br>年 月 日 |                  |       | 性別 |  | 男<br>・<br>女 |  |
| 受診者氏名                         |                             |                        |                         |                               |               |                    |  |               |      |                  |                  |       |    |  |             |  |
| 受診者住所                         |                             | 〒 ー (下記被保険者住所と同じ場合は省略) |                         |                               |               |                    |  |               |      |                  |                  |       |    |  |             |  |
| 医療機関名                         |                             |                        |                         |                               |               |                    |  | 医療機関の<br>都道府県 |      |                  | 都道<br>府県         |       |    |  |             |  |
| 申<br>請<br>項<br>目              | 項 目                         |                        |                         | 受 診 日                         |               |                    |  | 支払金額 (消費税込)   |      |                  |                  |       |    |  |             |  |
|                               | 健 康 診 査                     |                        |                         | 年 月 日                         |               |                    |  | 円             |      |                  |                  |       |    |  |             |  |
|                               | 上部消化管(胃)検診                  |                        |                         | 年 月 日                         |               |                    |  | 円             |      |                  |                  |       |    |  |             |  |
|                               | 婦 人 科 検 診<br>(乳がん検診・子宮がん検診) |                        |                         | 年 月 日                         |               |                    |  | 円             |      |                  |                  |       |    |  |             |  |
|                               | 総 支 払 金 額                   |                        |                         |                               |               |                    |  | 円             |      |                  |                  |       |    |  |             |  |
| 被保険者名義<br>の振込先                |                             | 金融機関名                  |                         | 銀行                            |               | 銀行コード              |  | 支店名           |      | 支店               |                  | 支店コード |    |  |             |  |
| 〔 家族の口座には<br>振込できません 〕        |                             | 種 目                    | 1. 普通<br>2. 当座<br>3. 貯蓄 | 口座番号                          | (右づめでご記入ください) |                    |  |               | 口座名義 |                  | (カタカナまたはアルファベット) |       |    |  |             |  |
| 東京証券業健康保険組合理事長 殿              |                             |                        |                         |                               |               | 被保険者<br>住所         |  | 〒 ー           |      |                  |                  |       |    |  |             |  |
| 個人情報の取扱いに同意し、上記のとおり<br>申請します。 |                             |                        |                         |                               |               | 電話番号               |  | ( )           |      |                  |                  |       |    |  |             |  |
| 年 月 日                         |                             |                        |                         |                               |               | フリガナ<br>被保険者<br>氏名 |  |               |      |                  |                  |       |    |  |             |  |

**【重要】申請前に必ずお読みください**

**【注意事項】**

- ③ 保険診療扱いの費用、委託医療機関での差額精算後の費用は支給対象外です。
- ④ 申請期限は受診年度内です。受診後、すみやかに申請してください。
- ⑤ 当組合の個人情報の取扱い（当組合ホームページ参照）についてよくお読みください。

**【健康診査申請時】**

- ①健康診査費用の領収書(原本) ②健診結果(コピー) ③標準的な質問票又は同内容の問診票 (※40歳以上の方のみ) を添付してください。

**【上部消化管(胃)検診申請時】**

- ①胃検診費用の領収書(原本) ②検診結果(コピー)を添付してください。

**【婦人科検診申請時】**

- ①婦人科検診費用の領収書(原本) ②検診結果(コピー)を添付してください。  
③乳がん検診、子宮がん検診を別々に受診した場合は、まとめて申請してください。(年度内1回の申請)

【提出先】 ㊦103-0025

東京都中央区日本橋茅場町3-1-2  
東京証券業健康保険組合 健康管理課

受 付 日