

常務理事	事務長	係

健診データ提供料申請書

令和 年 月 日

船場健康保険組合 殿

受診者住所

受診者氏名

印

申請金額	3,000円
------	--------

下記のとおり、健診結果表・質問票（写し）を添付のうえ、健診データ提供料（3,000円）の申請をいたします。

記

記号・番号	—
被保険者氏名	
受診者氏名	
受診日	令和 年 月 日
受診医療機関名	

助成金の振込については、被保険者の銀行口座をお願いします。

金融機関		銀行		支店
	普通	口座番号		
口座名義	フリガナ			

※質問票がない場合は次の内容にご回答願います。

1. 服薬に関する事項	血圧	あり・なし
	脂質	あり・なし
	血糖	あり・なし
2. 喫煙習慣に関する事項	吸う	やめた 吸わない

*受診された被扶養者の健診結果は、健康保険法第150条に規定される「健康診査」を行うために活用いたします。

以上