

健診費用補助申請書

(契約外健診機関受診者用)

常務理事	事務長	担 当

被 保 険 者 証		所 属 事 業 所 名	住 所	〒 -
記 号	番 号			
			氏 名	

健診受診者氏名	年 齢	続 柄	上段:生年月日	上段:健診種別(選択)		健診料金	補助金額 (健保記入欄)
			下段:受診年月日	下段:健診機関名			
				a.ドック	b.習慣病	円	円
				a.ドック	b.習慣病	円	円
補助金合計							円

補助金振込先(任継者のみ記入) 事業所に在籍する被保険者への補助金は、給与振込にて支給しますので本欄への記入は不要です。

金 融 機 関 名	支 店 名	種 別	口 座 番 号	被保険者の口座名(フリガナ)
銀行	支店	普通		

添 付 書 類 等

1. 添付書類

- (1) 健診機関が発行した「領収書(原本)」(領収書のコピーやレシートは不可)
- (2) 健診結果表(写)
- (3) 質問票(写)

2. 申請条件等

- (1) 対 象 者 人間ドック(被保険者) 当該年度4月1日現在満35歳以上
人間ドック(被扶養者) 当該年度4月1日現在満45歳以上
生活習慣病健診 当該年度4月1日現在満30歳以上の被保険者および被扶養者
- (2) 補助対象 毎年4月1日から翌3月31日までの期間中の健診受診(1人1回のみ)
- (3) 補助金額 人間ドック 35,000円を上限とする実費(オプション検診料金を含む)
生活習慣病健診 20,000円を上限とする実費(オプション検診料金を含む)
- (4) 申請期限 健診受診年度の翌年度4月30日(間に合わない場合は、事前に健保組合へ連絡のこと)