

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

保険証		所属事業所名	申請者住所	〒	—
記号	番号		申請者氏名		

※記号・番号は、マイナポータルにログインし資格情報で確認の他、資格情報のお知らせや資格確認書で確認してください。

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

補助金のお支払方法

申請者が事業所勤務の被保険者の場合:申請書受領月末を締日とし、翌月給与振込にて支給

申請者が任意継続被保険者の場合:申請書受領月末を締日とし、下記口座へ振込支給日を本紙に記載し別途お知らせします。

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	健康保険組合受付印
<p>1. 添付書類</p> <p>(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)</p> <p>(2) 健診結果表(写)</p> <p>(3) 質問票(写)</p> <p>2. 申請条件等</p> <p>(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</p> <p>(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)</p> <p>(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)</p> <p>(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)</p>	振込日 年 月 日