

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	〒XXX-XXXX
記号	番号			〇〇県〇〇市〇〇〇
XXX	XXXX	〇〇〇〇株式会社	氏名	〇〇 〇〇〇

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		
〇〇 〇〇〇	39	本人	1985年04月15日	a.ドック b.習慣病	円 45,000	円
			2024年05月15日	XXXX健診クリニック		
〇〇 〇〇〇	34	妻	1990年05月05日	a.ドック b.習慣病	円 30,000	円
			2024年05月15日	XXXX健診クリニック		
補助金合計					円	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)
〇〇 銀行	〇〇 支店	普通	XXXXXXXX	XXXX XXXXXX 〇〇 〇〇〇

添付書類等

1. 添付書類

- 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)
- 健診結果表(写)
- 質問票(写)

2. 申請条件等

- 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
- 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)
- 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)
- 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)