

## 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

※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。または、資格情報のお知らせ、資格確認書でご確認ください。

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

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