

## 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 健保組合から銀行振込しますので必ず記入してください。				
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)