健診補助金支給申請書

常務理事	事務長	担当
☐	☐	☐

令和 7 年 5 月 10 日提出

被 保 険 者 情 報	事業所	住吉工場
	住所 電話番号	〒 ○○○ - ○○○○ ■■■県■■■市■■■区■■■町●-●-● TEL: 090 (1234) 5678
	記号番号	●● - ●●●●●●
	氏名	栗本 空

記入見本

被保険者証に記載している
記号番号を記入してください

対 象 者 情 報	受診者氏名	栗本 空	続柄	本人	生年 月日	☐ 昭和 ☒ 平成 ☐ 令和	年	月	日
	健診機関名	○○健診クリニック	健診種別	☒ 人間ドック ☐ レディース健診 ☐ 脳ドック					
	受診日	令和 0 7 0 4 1 0	支払 費用額	34,500	円				

※注意事項

- この申請書は、人間ドック、レディース健診、脳ドックを当健康保険組合契約健診機関以外で受診した際に、補助金の支給申請をする場合にご使用ください。窓口で健診費用全額を支払い、以下を添付の上、各事業所総務(本社は人事G)へご提出ください。
30,000円(消費税込)を限度に補助金を支給いたします。
 - 領収書(原本に限る)
 - 検査結果表(コピー可)
 - 特定健康診査質問票
- 人間ドック、脳ドックは満35歳以上の被保険者及び被扶養者、レディース健診は満30歳以上の女性被保険者及び女性被扶養者を対象とします。
- 特定健康診査項目の受診は必須とし、その結果について当組合が取得することに同意なき場合は、補助金の支給はいたしません。
- 補助回数は、健診の種類にかかわらず一人年度内1回とします。
- 同一健診機関での受診分のみ補助を行います。希望検査内容の有無等の理由で、複数機関で受診される場合はご注意ください。

被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要)

必ず確認の上 チェック!

被保険者確認欄

この届出について、以下の要件を満たしたものである

- 申請者本人(被保険者)が作成した 或いは
記載内容に誤りがないか申請者本人が確認している
- 「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき、健康保険組合が
特定健康診査に係る検査結果を取得することに同意します
※40歳以上(当該年度に40歳になる方を含む)
- 健診補助金の受領方を事業主に委任する (必ずチェック願います)

事業主確認欄

この届出について、以下の要件を満たしたものである

- 事業主が記載内容に誤りがないか確認している

各事業所総務(本社は人事G)にて確認の上
チェック!

※健保記入欄

支給決定金額

円