

人間ドック補助金申請書

| | | |
|------|----|-----|
| 常務理事 | 課長 | 担当者 |
| | | |

申請期限:2025年3月31日 健保組合必着

Y 年 M 月 D 日

| | | | | |
|---------------------------------|----------------------|--|----------------|--|
| 被 保 険 者 記 入 欄 | 記号・番号 | XXXX - XXXXXX | 電話番号 日中の連絡先 | XXX-XXX-XXXX |
| | 被保険者氏名 | 健康 太郎 | | |
| | 会社・事業所名 | 〇〇株式会社 | 〇〇事業所 | 部署 〇〇部〇〇課 |
| | 受診者氏名・続柄 | 健康 太郎 | 続柄 本人 | 年齢 受診時の年齢 |
| | 医療機関名 | 〇〇クリニック | | 窓口支払額 120,000 円 |
| | 受診日 | 令和 Y 年 M 月 D 日 | 受診コース | <input checked="" type="checkbox"/> 日帰りコース <input type="checkbox"/> その他コース |
| | 受診オプション検査 | <input checked="" type="checkbox"/> 胃内視鏡 <input type="checkbox"/> 胸部CT <input type="checkbox"/> 大腸内視鏡 <input checked="" type="checkbox"/> 頭部MRI <input checked="" type="checkbox"/> 頭部MRA <input type="checkbox"/> 頸部MRI <input type="checkbox"/> LOX-index <input type="checkbox"/> PET <input checked="" type="checkbox"/> その他 (骨密度) その他のコース → 医療機関独自のコース コース名・料金の分かるものを添付してください | | |
| | 在職中の給付金 支払いに関する同意 | <input checked="" type="checkbox"/> 任意継続者・退職後請求の場合チェック不要 意します。 | | |

| | |
|------|---|
| 添付書類 | <p>① 領収書原本</p> <p>② 健診結果(写し) 当健保ホームページ記載の必須項目をすべて受診されているかご確認下さい。 未受診項目がある場合は、補助対象外となります。</p> <p>③ 特定健診問診票 40歳以上の方は必ず添付して下さい。</p> <p>添付書類は申請書にホチキス留めして下さい。</p> |
|------|---|

| | |
|-----------------------------------|--|
| 退職後に請求する場合に記入 (任意継続者:記号9990は記入不要) | |
| 金融機関コード | 任意継続者を除く、退職後の請求、退職予定の方のみ記入 任意継続者は、登録の口座へ支払います |
| 添付書類 | ※ゆうちょ銀行の場合は、ゆうちょ銀行と店名(支店名)及び振込専用の新しい口座番号(7桁)を記入 |

| | | | | |
|-----------------------|--------|------------------------------|-----|----------|
| 健 保 記 入 欄 | 支給額 | 円 | 支給日 | 令和 年 月 日 |
| | 日帰りコース | 日帰りドック費用(税込)×0.5 上限 25,000円 | | |
| | オプション | オプション検査費用(税込)×0.5 上限 10,000円 | | |
| | PET | 検査にかかった費用(税込) 上限 10,000円 | | |
| | 脳血管系疾患 | 検査にかかった費用(税込) 上限 10,000円 | | |
| | 備考 | | | |

| |
|------|
| 発信者印 |
| |

人間ドック補助金申請書

| | | |
|------|----|-----|
| 常務理事 | 課長 | 担当者 |
| | | |

Y 年 M 月 D 日

| | | | | | |
|---------------------------------|----------------------|--|----------------|--|-----------|
| 被 保 険 者 記 入 欄 | 記号・番号 | XXXX - XXXXXX | 電話番号 日中の連絡先 | XXX-XXX-XXXX | |
| | 被保険者氏名 | 健康 太郎 | | | |
| | 会社・事業所名 | 〇〇株式会社 | 〇〇事業所 | 部署 | 〇〇部〇〇課 |
| | 受診者氏名・続柄 | 健康 太郎 | 続柄 本人 | 年齢 | 受診時の年齢 |
| | 医療機関名 | 〇〇クリニック | | 窓口支払額 | 120,000 円 |
| | 受診日 | 令和 Y 年 M 月 D 日 | 受診コース | <input checked="" type="checkbox"/> 日帰りコース <input type="checkbox"/> その他コース | |
| | 受診オプション検査 | <input checked="" type="checkbox"/> 胃内視鏡 <input type="checkbox"/> 胸部CT <input type="checkbox"/> 大腸内視鏡 <input checked="" type="checkbox"/> 頭部MRI <input checked="" type="checkbox"/> 頭部MRA <input type="checkbox"/> 頸部MRI <input type="checkbox"/> LOX-index <input type="checkbox"/> PET <input checked="" type="checkbox"/> その他 (骨密度) | | その他のコース → 医療機関独自のコース コース名・料金の分かるものを添付してください | |
| | 在職中の給付金 支払いに関する同意 | <input checked="" type="checkbox"/> 任意継続者・退職後請求の場合チェック不要 意します。 | | | |

添付書類

- ① 領収書原本
- ② 健診結果(写し)
当健保ホームページ記載の必須項目をすべて受診されているかご確認下さい。
未受診項目がある場合は、補助対象外となります。
- ③ 特定健診問診票 40歳以上の方は必ず添付して下さい。

添付書類は申請書にホチキス留めして下さい。

退職後に請求する場合に記入 (任意継続者:記号9990は記入不要)

金融機関コード

任意継続者を除く、退職後の請求、退職予定の方のみ記入
任意継続者は、登録の口座へ支払います

添付書類

※ゆうちょ銀行の場合は、ゆうちょ銀行と店名(支店名)及び振込専用の新しい口座番号(7桁)を記入

| | | | | | |
|-----------------------|--------|--------------------|------------|----------|--|
| 健 保 記 入 欄 | 支給額 | 円 | 支給日 | 令和 年 月 日 | |
| | 日帰りコース | 日帰りドック費用(税抜き)×0.5 | 上限 25,000円 | | |
| | オプション | オプション検査費用(税抜き)×0.5 | 上限 10,000円 | | |
| | PET | 検査にかかった費用(税込み) | 上限 10,000円 | | |
| | 脳血管系疾患 | 検査にかかった費用(税込み) | 上限 10,000円 | | |
| | 備考 | | | | |

発信者印

0480 古河電工健保組合