常務理事	課長	担当者

人間ドック補助金申請書

申請期限：2026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	○○株式会社　○○事業所	部署	○○部○○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	○○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	☑ 日帰りコース　☐ その他コース
受診オプション検査	☑ 胃内視鏡　☐ 胸部CT　☐ 大腸内視鏡 ☑ 頭部MRI　☑ 頭部MRA　☐ 頸部MRI ☐ LOX-index　☐ PET　☑ 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	☑　任意継続者・退職後請求の場合チェック不要　同意します。		

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

048S 古河電工健保険組合