

常務理事	課長	担当

令和 年 月 日

遺伝子検査 補助金申請書

会社名		事業所名		部署名	
記号・番号				電話番号 (内線・外線・携帯)	
被保険者の氏名					
受診者の氏名		年齢		続柄	<input type="checkbox"/> 本人・長男等 <input type="checkbox"/> 子・配偶者
検査内容	サインポスト遺伝子検査 ・ 他 遺伝子検査：				
検査日	令和 年 月 日	支払金額			円

在職中の補助金受領に関する同意	以下の□にチェック✓を入れて下さい。(任意継続者：記号9990はチェック不要) <input type="checkbox"/> 在職中、補助金は事業所経由で受領することに同意します。
-----------------	---

【添付書類】：領収書の原本（本紙の裏に印字面を上にして重ならないように糊付けして下さい）

- ① サインポストの遺伝子検査を受けた方
→ 「商品送付後に送られてくる領収書」を添付して下さい
- ② サインポスト以外の遺伝子検査を受けた方
→ 「明細の記載されている領収書」を添付して下さい

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・支店コード		預金種目	普通	フリガナ	
金融機関名	支店	口座番号		名義	

【注意事項】 ゆうちょ銀行を指定した場合は通帳のコピーを必ず添付して下さい（店名、店番、預金種目、口座番号が書いてあるページ）

【健保記入欄】 (Excel版は補助金額等が表示されますが、そのままご提出下さい。)

支給額	円	支給日	令和 年 月 日
計算方法	検査費用（消費税込）× 0.5 上限 25,000円 を補助 × 0.5 =		

※ 受付日付印

※「R6.3.31検査分まで」は、令和5年度検査用の申請書をご利用下さい。

発信者印	発信者印

【支給要件・注意事項】

- ① 検査日に有資格者(被保険者/被扶養者)であること。年齢制限はありません。
- ② 申請は年度内一人1回です。
- ③ 申請の期限は、年度内(4/1~3/31) **健保組合必着**です。
◆申請の期限に間に合わない場合は、あらかじめご連絡ください。
- ④ 保険診療(保険証使用時)の場合は、補助金対象外です。
- ⑤ 同年度内に人間ドックの補助を受けている場合は、補助対象外です。
- ⑥ 各種検査料金(消費税抜き)の5割を補助 <上限 25,000円>します。
- ⑦ 申請書の裏面に印字面を上にして、領収書を糊付けしてください。

【領収書の記載内容の確認】

領収書には「利用者名・金額・日付・医療機関名/キット提供者名等・遺伝子検査代として」と書かれていること。

【web申込み等の注意点】

決済画面が表示された場合、遺伝子検査を受けたことがわかる明細を印刷して添付して下さい。

代金をATM等で振込みし領収書が無い場合、ATM利用明細票の原紙。

(利用者名・金額・日付・医療機関名/キット提供者等記載)のコピー。

決済されたことがわかるものを領収書の代用として添付して下さい。

代金をクレジット決済し領収書が無い場合、クレジット利用明細。

(利用者名・金額・日付・医療機関名/キット提供者等記載)のコピー。

決済されたことがわかるものを領収書の代用として添付して下さい。

令和5年度 検査用

常務理事	事務長	担当

令和 年 月 日

遺伝子検査 補助金申請書 (～R6.3.31検査用)

会社名		事業所名		部署名	
記号・番号				電話番号 (内線・外線・携帯)	
被保険者の氏名					
受診者の氏名		年齢		続柄	<input type="checkbox"/> 本人・長男等 <input type="checkbox"/> 子・配偶者
検査内容	サインポスト遺伝子検査 ・ 他 遺伝子検査 :				
検査日	令和 年 月 日	支払金額			円

在職中の補助金受領に関する同意	以下の□にチェック✓を入れて下さい。(任意継続者：記号9990はチェック不要) <input type="checkbox"/> 在職中、補助金は事業所経由で受領することに同意します。
-----------------	---

【添付書類】：領収書の原本 (本紙の裏に印字面を上にして重ならないように糊付けして下さい)

- ① サインポストの遺伝子検査を受けた方
→ 「商品送付後に送られてくる領収書」を添付して下さい
- ② サインポスト以外の遺伝子検査を受けた方
→ 「明細の記載されている領収書」を添付して下さい

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・支店コード		預金種目	普通	フリガナ	
金融機関名	支店	口座番号		名義	
【注意事項】 ゆうちょ銀行を指定した場合は通帳のコピーを必ず添付して下さい (店名、店番、預金種目、口座番号が書いてあるページ)					

【健保記入欄】

支給額	円	支給日	令和 年 月 日
計算方法	検査費用 (消費税除く) × 0.5 上限 25,000円 を補助		

※ 受付日付印

発信者印	発信者印

049I 古河電工健康保険組合

【支給要件・注意事項】

- ① 検査日に有資格者（被保険者/被扶養者）であること。年齢制限はありません。
- ② 申請は年度内一人1回です。
- ③ 申請の期限は、検査日から1年間です。（健保組合受付日を基準とする）
- ④ 保険診療（保険証使用時）の場合は、補助金対象外です。
- ⑤ 同年度内に人間ドックの補助を受けている場合は、補助対象外です。
- ⑥ 各種検査料金（消費税抜き）の5割を補助 <上限 25,000円>します。
- ⑦ 申請書の裏面に印字面を上にして、領収書を糊付けしてください。

【領収書の記載内容の確認】

領収書には「利用者名・金額・日付・医療機関名/キット提供者名等・遺伝子検査代として」と書かれていること。

【web申込み等の注意点】

決済画面が表示された場合、遺伝子検査を受けたことがわかる明細を印刷して添付して下さい。

代金をATM等で振込みし領収書が無い場合、ATM利用明細票の原紙。

（利用者名・金額・日付・医療機関名/キット提供者等記載）のコピー。

決済されたことがわかるものを領収書の代用として添付して下さい。

代金をクレジット決済し領収書が無い場合、クレジット利用明細。

（利用者名・金額・日付・医療機関名/キット提供者等記載）のコピー。

決済されたことがわかるものを領収書の代用として添付して下さい。