

2026年度受診分

人間ドック補助金申請書

常務理事	課長	担当者

申請期限:2027年3月31日 健保組合必着

記入日	YYYY 年 MM 月 DD 日		
記号・番号	XXXX	-	XXXXXX
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		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 55,000 円
受診日	YYYY 年 MM 月 DD 日		
人間ドック オプション検査	補助対象項目		
	内視鏡: <input checked="" type="checkbox"/> 胃部 <input type="checkbox"/> 大腸 胸部: <input checked="" type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI・MRA 腹部: <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> MRI・MRA		
	乳房: <input type="checkbox"/> 触診 <input type="checkbox"/> マンモ <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> MRI・MRA		
	子宮: <input type="checkbox"/> 頸部細胞診 <input type="checkbox"/> 体部細胞診 <input type="checkbox"/> HPV 肝炎: <input type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> C型		
	甲状腺: <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> MRI・MRA		
	その他: <input type="checkbox"/> 胃部ABC、ペプシノゲン、ピロリ <input type="checkbox"/> 消化器MRI・MRA <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診 <input type="checkbox"/> 骨密度		
	<input type="checkbox"/> アミノインデックス <input checked="" type="checkbox"/> 前立腺がん(PSA) <input type="checkbox"/> LOX-index <input type="checkbox"/> PET		
	頭部: <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> CT 頸部: <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> 超音波		
在職中の給付金 支払いに関する同意	<input checked="" type="checkbox"/> 在職中、補助金は事業主経由で受領することに同意します。		任意継続者・退職後請求の場合チェック不要
退職後・退職予定の方	<input type="checkbox"/> 【別紙】補助金振込口座情報を併せてご提出ください。		退職後・退職予定の方のみ チェック 任意継続者は、登録の口座へ支払います

添付書類	<ul style="list-style-type: none"> 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基本項目をすべて受診されているかご確認ください。 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。 ④ 退職後・退職予定の方 : : 【別紙】補助金振込口座情報 <p>※ 添付書類は申請書にホチキス留めて下さい。</p>
------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

支給額	円	支給日	令和	年	月	日
日帰りコース	検査にかかった費用(税込) 上限 25,000円					
脳血管系疾患 オプション	検査にかかった費用(税込) 上限 10,000円					
その他オプション	検査にかかった費用(税込) 上限 10,000円					
備考						

発信者印

048T 古河電工健保組合

退職後の方および申請後1か月以内に退職予定の方は、支払い先が個人口座となるため【別紙】補助金振込口座情報が必要となります。



【別紙】補助金振込口座情報
退職後・退職予定の方が申請する場合の添付書類 任意継続者:記号9990は記入不要です

補助金振込口座情報			
金融機関コード		リガナ	
		名義人	
ゆうちょ!	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		(7桁)をご記入ください