

2026年度受診分

## 遺伝子検査補助金申請書

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	年 月 日		
記号・番号	-	連絡先	
被保険者氏名			
会社・事業所名		部署名	
受診者氏名・続柄	続柄	年齢	
検査内容	<input type="checkbox"/> サインポスト遺伝子検査 <input type="checkbox"/> Zene360 <input type="checkbox"/> 他 遺伝子検査:		
検診日	年 月 日	補助金対象金額	円
在職中の給付金支払いに関する同意	<input 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。		
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。 任意継続者は不要です。		

添付書類	<p>【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ください)</p> <p>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」を添付してください</p> <p>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」を添付してください</p>
------	--

健保記入欄	支給額	円	支給日	令和 年 月 日
	計算方法	検査にかかった費用(税込) 上限 25,000円 実費上限		
	備考			

発信者印

0490古河電工健保組合

**【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、**3月31日健保組合必着**です。
- ④ 検査にかかった費用の上限25,000円を補助します。  
ただし、窓口支払額が補助金額を下回る場合は実費を支給します。
- ⑤ 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。

**【補助対象外】**

・保険診療での受診

**【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				銀行 信用金庫 信用組合			店舗コード		支店 本店 出張所		種目		口座番号			フリガナ	
									普通預金					口座名義人			
ゆうちょ銀行の口座へ振り込みを希望される場合、支店名は3桁の漢数字を、口座番号は振込専用の口座番号(7桁)をご記入ください																	