

2026年度受診分

脳血管系疾患等検診補助金申請書

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	連絡先	会社のメールアドレス・電話を選択してください 会社のメールアドレスを選択した場合 記入不要です 電話を選択した場合 電話番号を記入してください
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
検診施設名	〇〇クリニック		
検診日	YYYY 年 MM 月 DD 日	補助金対象金額	30,000 円
検診項目	<input checked="" type="checkbox"/> 頭部MRI <input checked="" type="checkbox"/> 頭部MRA <input type="checkbox"/> 頸動脈	100%自費による検診のみ対象	
	<input type="checkbox"/> 頭部CT <input type="checkbox"/> LOX-index	保険診療での検査は70%健保が負担しているため補助対象外です	
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	① 領収書原本 領収書に受診者名・検診項目・検診施設名が記載されていることをご確認ください。 領収書に検診項目が記載されていない場合は、検診項目の分かるものを添付してください。 ② 退職後・退職予定の方：補助金振込口座情報 ※ 添付書類は申請書にホチキス留めしてください。
------	--

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 10,000円		
	備考			

発信者印

0631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	
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
	ご記入ください