

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	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
	医療機関名	〇〇クリニック	窓口支払額	120,000 円
	受診日	令和 Y 年 M 月 D 日	受診コース	<input checked="" type="checkbox"/> 日帰りコース <input type="checkbox"/> その他コース
	受診オプション検査	<input checked="" type="checkbox"/> 胃内視鏡 <input type="checkbox"/> 胸部CT <input type="checkbox"/> 大腸内視鏡 <input checked="" type="checkbox"/> 頭部MRI <input checked="" type="checkbox"/> 頭部MRA <input type="checkbox"/> 頸部MRI <input type="checkbox"/> LOX-inde <input type="checkbox"/> PET <input checked="" type="checkbox"/> その他 (骨密度)		
在職中の給付金 支払いに関する同意	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<p>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。</p> <p>添付書類は申請書にホチキス留めして下さい。</p>
------	--

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
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	

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			