

遺伝子検査補助金申請書

申請期限:2026年3月31日 健保組合必着

常務理事	課長	担当者

令和

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
	検査内容	☒ サインポスト遺伝子検査 ☐ Zene360 ☐ 他 遺伝子検査:		
	検診日	令和 Y 年 M 月 D 日	補助金対象金額	30,000 円
	在職中の補助金 支払いに関する同意	☐ 在職中、補助金は事業主 任意継続者・退職後請求の場合チェック不要		

【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)

金融機関コード	銀行 信用金庫 信用組合	店舗コード	支店 本店	種目	口座番号	フリガナ 口座名義人
ゆうちょ銀行の口座へ振				・退職者は、振込先の金融機関を記入 ・ゆうちょ銀行の場合は通帳のコピーを添付 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
	計算方法	検査費用(消費税除く)× 0.5 上限 25,000円 を補助 30,000×0.5=15,000		

発信者印

049M 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、**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。