

# 健康診断補助金支給申請書

(組合健康管理センター・健診委託医療機関をご利用出来ない方)

下記書類を添付のうえ、受診日より3カ月以内に事業所単位で申請してください。

添付書類が不備の場合は補助金の支給ができない場合があります。

6

## 【添付書類】

### 1 領収書原本

※ 事業所名・受診者名・健診料単価(2名以上の場合)・特定健診項目の料金(40歳以上)の記載を医療機関窓口で必ず依頼してください。

※ 2名以上の場合で、領収書に健診単価の記載がない場合は、単価のわかる請求書の写しを添付してください。

※ ネットバンキング等で領収書原本を添付できない場合は、健康管理課にご連絡ください。

### 2 健診結果表のコピー

(実施した全ての検査内容と数値が記載されているもの)

※ 被保険者証の記号・番号を記載してください。

### 3 補助金申請内訳書

用紙⑥-1

### 4 特定健康診査質問票

用紙⑥-2

(年度末年齢40歳以上の方のみ)

## 【受診病院について】

指定の医療機関はありません。

ただし、当組合が契約している委託医療機関で受診した場合は、補助金の対象となりませんのでご注意ください。

※ 委託医療機関で契約コースを受診された時に支払ったオプション料金も、補助金の対象となりません。

※ 健康診断は、全額自己負担(自費)で受診してください。

## 【40歳以上の方へ】

40歳(年度末年齢)以上の被保険者および被扶養者の方は、必ず特定健診を含む健康診断を受診してください。

特定健診未実施の場合、補助対象外となる場合がございますので、必ず受診前に医療機関にご確認ください。

## 特定健診必須項目(下記検査項目は必ず受診してください。)

●身体測定 ●腹囲 ●診察 ●血圧 ●尿検査(尿糖・尿蛋白)

●血液検査(中性脂肪・HDL・LDL・空腹時血糖またはHbA1c・GOT・GPT・r-GTP)

※個人情報、健診事業の遂行に使用し、それ以外には利用いたしません。

## (申請者)

保険証記号		令和 年 月 日提出
※1 事業所名 事業所所在地 事業主氏名・印		印 (事業所社印)
担当者氏名		この申請についての 連絡先電話番号 — —
申請人数 (未加入者除く)	名	健診費用総額 (未加入者除く) 円

※1 任意継続被保険者の方の場合、住所・連絡先・被保険者氏名・個人印をこの欄に記入してください。担当者氏名は記入不要です。

(年齢は当年度末[3/31時点]までに35歳に達する方を35歳以上とします)

支給限度額 35歳以上 被保険者・被扶養者 20,000円  
35歳未満 被保険者 5,000円

## ※健保記入欄

申請期間・人数	～	名
支給決定額		円

## (振込先)

※ゆうちょ銀行の場合は、銀行振込用支店名(3桁の漢数字)が必要です。漢数字が未記入の場合は振込ができませんのでご注意ください。また、振込先を訂正される場合は二重線のうえに名義人の印を訂正印として押してください。

金融機関名	銀行 金庫	店番		1・普通 2・当座	受付印 NO.
口座番号					
預金口座の 名義人	(フリガナ)				
名義人の住所	〒				