

(健保使用欄)	常務理事	事務局長	課長	担当課長	係長	係	資格照合	決裁	
								支給日	
	決定額	¥							摘要

保健事業補助金支給申請書

【注】人間ドックの受診期日は、受診年度の2月末日までになります。ご注意ください。

申請は、申請区分ごとに年度1回限り。申請期限はすべて3月31日組合必着です。

川口工業健康保険組合 理事長 殿

下記のとおり実施したので、関係書類を添えて申請いたします。

なお、事業所を経由して補助金が支給されることを了承いたします。

令和 年 月 日

被保険者記号 - 番号

—

事業所名(勤務先名)

被保険者氏名

健診年度の3月31日時点

受診者氏名

年齢(歳)

日中の連絡先

TEL — —

健診必須項目(すべて実施により補助金支給)

- 質問票(服薬歴、喫煙歴等)
- 身体計測(身長、体重、BMI、腹囲)
- 理学的検査(身体診察)
- 血圧測定
- 尿検査(尿糖、尿蛋白)
- 血液検査
 - [脂質] 中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール
 - [糖代謝] HbA1cまたは空腹時血糖
 - [肝機能] GOT、GPT、γ-GTP

①申請するものについて必要事項をご記入ください。

費用(合計)	円(税込)			医療機関が複数ある場合は 一か所のみの記入で差し支えありません。
医療機関名稱				
医療機関所在地				
申請区分	健診の種類	受診日	健診料金	精密検査や事後処置の指示等の回答欄 要の方は、必ず医療機関を受診してください。
ドック	人間ドック	/	円	健保使用欄
※いずれか1つ	脳ドック	/	円	
自治体がん	前立腺がん	/	円	要(年月受診済・予定)
	大腸がん	/	円	要(年月受診済・予定)
	胃がん	/	円	要(年月受診済・予定)
	肺がん	/	円	要(年月受診済・予定)
	乳がん	/	円	要(年月受診済・予定)
	子宮がん	/	円	要(年月受診済・予定)
自治体歯科	歯科健診	/	円	要(年月受診済・予定)

②<添付書類> ご準備出来たものに✓をご記入ください。

添付のものは申請書一式 ご返却いたします。	支給申請書 (本紙)	領収書 (原本)※1	健診結果 (全てコピー)	質問票 40歳以上の方※2	健診条件・年齢・金額等確認書類※3	受付印
人間ドック 脳ドック	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
自治体がん検診 自治体歯科健診	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	

※1 領収書については原本のみの添付となります。予めご了承願います。但し、確定申告で必要な場合はご相談ください。

※2 健診年度の3月31日時点の年齢。

※3 自治体から送付される「がん検診などの受診券」のハガキや「がん検診のご案内」・自治体ホームページより印刷したもの等(コピー可)

	人間ドック・脳ドック	自治体がん	自治体歯科
対象者	受診日当日に当組合の資格を有する35歳以上の方	自治体が定めた規定に該当する方	自治体が定めた規定に該当する方
補助額	健診料金総額の5割、上限25,000円	上限5,000円	上限1,000円

◎健診結果より生活改善の必要な方には、保健指導のご案内をお送りいたします。

◎この申請による補助金は、事業所を経由して支給いたします。(任継の方は、任継手続時の指定口座に振込みます。)

◎個人情報につきましては、当健保組合の個人情報保護管理規程に則り管理され、目的以外に使用することは致しません。