

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	

【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。

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 險 者 氏 名

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）
 - 理学の検査（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 名 称				医療機関が複数ある場合は	
医 療 機 関 所 在 地				一か所のみ記入で差し支えありません。	
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 ※いずれか 1つ	人 間 ド ッ ク	/	円	要 (年 月 受診済・予定)	
	脳 ド ッ ク	/	円	要 (年 月 受診済・予定)	
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。

添付のものの場合は申請書一式 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
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 領収書についてはすべて原本のみの添付となります。予めご了承ください。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。

受付印