

健康保険 被保険者 健診費用補助金支給申請書

提出日	令和 年 月 日							
被保険者証 記号番号	記号	被保険者 氏名	⑨	生年月日	昭和 平成	年	月	日
	番号							
被保険者 住所	〒		所属事業所 及び部署名	電話 ()				
	電話 ()							
受診者氏名			続柄	年齢		歳		
健診に ついて	受診日	受診医療機関名		健診の内容 ※該当する健診に○印をつけてください				
	令和			1. 基本健診	4. 脳ドック			
	年 月 日			2. 生活習慣病健診	5. 乳がん検診			
	申請金額 (領収書の金額)	円		3. 人間ドック	6. 子宮がん検診			
	特定健診受診費用*1	円		7. その他オプション検診 ※検査項目を記入 検査項目：				
*1；契約外病院での40歳以上の受診者の方は予約時、または窓口精算の際、健診費用のうち特定健診相当分の金額を確認し、本欄に記入してください。								
補助金振込先 (被保険者名義)	銀行			本店		普通預金		
	信用金庫			支店				
	口座番号 (7桁)			口座名義 ※カタカナ				

【申請上の注意事項】

- 受診日に当組合の資格のない方は申請できません。
- 契約先病院でのオプション検査等の窓口負担、契約外病院で立替費用のうち、**保険診療(保険証を利用)の扱いとなったもの(30%自己負担)**には、**補助金支給はできません**ので、十分、ご注意ください。
- 申請金額は領収証記載の金額(複数枚ある場合はその合計金額)をご記入ください。支給金額は健保で計算します。
- 二次検査(再検査、精密検査)、および海外の医療機関での健診は補助金対象外となります。

【添付書類】

- 領収書(原本) **※注；領収書宛名は受診者(被保険者または被扶養者)個人名としてください。**
- 健診結果の写し(全ページ)

【健診種目と補助額】※超過分は自己負担

健診種目	対象者	補助限度額	
		契約先病院での受診	契約外病院での受診
① 基本健診	30歳未満の被保険者 20~29歳の被扶養者	全額補助	10,000円
② 生活習慣病健診	30歳以上の加入者 (被保険者及び被扶養者)	全額補助	被保険者25,000円*2 被扶養者20,000円*2
③ 人間ドック	35歳以上の加入者	70,000円(その他オプション(⑦)含む)*3	

*2；胃内視鏡への変更等による超過額は自己負担

【追加選択検診】※超過分は自己負担

健診種目	対象者	補助限度額
④ 脳ドック	35歳以上の加入者	15,000円*3
⑤ 乳がん検診	20歳以上の加入者	全額補助(エコー、マンモの両方を受診する場合も含む)
⑥ 子宮がん検診	20歳以上の加入者	全額補助
⑦ その他オプション(腫瘍マーカー等)	35歳以上の加入者 (人間ドック受診者)	人間ドック費用と合算し、補助金限度額までの実費を支給*3

*3；人間ドック受診者が併せて④、⑦を受診する場合、③+④+⑦の合算額に対して補助限度額(70,000円または85,000円)までの実費を支給します。

受付日印