

健康保険 被保険者 健康診費用補助金支給申請書
家 族

提出日	令和 〇 年 〇 月 〇 日								
被保険者証 記号番号	記号	1	被保険者 氏 名	健保 太郎	生年月日	昭和	年	月	日
	番号	1234				平成	4	7	0
被保険者 住所	〒 111-0000			所属事業所 及び部署名	〇〇〇株式会社 △△△△△				
	神奈川県横浜市港北区 新横浜1-2-3 電話 045 (123) 4567				電話 045 (111) 2222				
受診者氏名	健保 華子			続柄	妻		年齢	41 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 〇 年 〇 月 〇 日	〇〇〇〇病院			1. 基本健診 2. 生活習慣病健診 3. 人間ドック 4. 脳ドック 5. 乳がん検診 6. 子宮がん検診 7. その他オプション検診 ※検査項目を記入 検査項目：婦人科マーカー3種セット				
	申請金額 (領収書の金額)	73,200 円							
	特定健診受診費用*1	9,900 円							
	*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税込み金額を確認し、本欄に記入してください。								
健診結果の提出 についての同意	☒ 〇に必ずレを記入ください。 ☐ 健診結果を健保組合および委託会社である㈱バリューHRへ提出することに同意します								
補助金振込先 (被保険者名義)	三菱UFJ 銀行 横浜 本店			信用金庫		支店		普通預金	
	口座番号 (7桁)	1234567			口座名義 ※カタカナ		ケンポ タロウ		

被保険者の
氏名等を
記入して
ください。受診者の情報を
記入してください。「特定健診受診費
用」は年度末まで
に40歳となる方ま
でが対象です。
不明の場合、
「不明」と記入し〇に必ずレを記
入ご家族分について
も振込先は被保険
者名義の口座に限
定します。

【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	全額補助	10,000円
		20～29歳の被扶養者		
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)	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