

事務長	課長	担当者	支給決定年月日	コード	支給金額	内 訳	コード	支給金額	内 訳
				207		本	209		本
				ドック		家	乳がん		家

※ 保険診療(保険証を使用しての検査)の場合は、補助金支給対象外となります。

疾病予防各種健診(検診)補助金請求書(被保険者・被扶養者・任意継続者用)

令和 ○年 ○月 ○日提出

下記のとおり人間ドック・乳がん検診を受診しましたので、補助金を請求いたします。

事業所名			被保険者等 記号・番号			被保険者氏名			
○○○株式会社			123 - 45678			健保 太郎			
右側の受診項目に○をつけて下さい。	○	人間ドック	年齢区分	30歳以上50歳未満			50歳以上		
			補助金額上限(税込)	25,000円			30,000円		
			対象者	30歳以上の被保険者及び被扶養者					
			・定期健康診断(労働安全衛生法で義務づけられている、職場での健診)は、補助金対象外です。 ・人間ドックを受診し、会社の補助を除いた、自己負担金も補助金対象です。						
	○	乳がん検診	30歳以上	・30歳以上の女性被保険者及び被扶養者 補助金額上限5,000円(税込) ・人間ドックのオプション及び婦人科検診として受診された場合も補助金対象です。 (人間ドック・婦人科検診の領収書に、乳がん検診の金額が明記されているもの) ・乳がん検診を受診し、市町村又は会社の補助を除いた、自己負担金も補助金対象です。					
受診者氏名		生年月日	年齢	続柄	受診年月日	健診料金(窓口での支払額)		※ドック補助金(健保記入欄)	
1	健保 太郎	昭和 平成 ○○年○月○日	48	本人	令和 ○年○月○日	人間ドック代	25,000	25,000 / 30,000	
						乳がん検診代			
2	健保 花子	昭和 平成 ○○年○月○日	45	妻	令和 ○年○月○日	人間ドック代	25,000	25,000 / 30,000	
						乳がん検診代	4,800		
病院等の証明	上記人間ドック・乳がん検診に要した費用は次の通り相違ありません。								
	人間ドック	受診者氏名	人間ドック	一括受領責任者氏名は、空欄のまま事業所へご提出ください。 ※任意継続者は「委任事項」欄の記入は不要です。当組合へ直接送付してください。					
	(税込み)								
乳がん検診	受診者氏名	乳がん検	円	名称	(印)				
	(税込み)								
委任事項	この補助金の受領を一括受領責任者(氏名) ○○ △△ に委任します。								
	令和 ○年 ○月 ○○日		被保険者氏名			健保 太郎			

※ 請求上の注意事項

対象期間 当該年度中(4月～翌年3月末)の受診につき1回限りです。

- 添付書類
- 必ず病院等の証明欄に証明印をうけるか、又は領収書(原本)を添付して下さい。
  - 満40歳以上の被扶養者の方は、人間ドック受診で、特定健診を受診したとみなされますので、「特定健康診査受診券」と人間ドックデータ(健診結果等)写しを添付して下さい。  
(乳がん検診結果の添付は不要)

その他 任意継続者は、委任事項欄の記入は不要です。