

**記入見本**

令和 8 年度 健診費用補助申請書

款	保健事業費	保健事業費	常務理事	専務理事	担当若	信
項	保健事業費	保健事業費				
目	疾病予防費	特定健康診査事業費				
費用補助の合計金額			— 特定健康診査事業費			

※記入内容の消滅等を防止するため、届出書や申請書の記入には「消せるボールペン(フリクションペン等)」は使用しないでください。

※記入したものの原本を提出してください。(コピーは受付不可)

被保険者の記号	1100	番号	1999999	連絡先(トール)	〇〇—〇〇〇〇		
受診者	氏名	北電花子		続柄	妻	性別	男・女
	生年月日	昭和・平成 〇〇年〇〇月〇〇日		年齢	40歳		

※被扶養者(ご家族の方)でポイント年齢対象の方は該当年齢の□に✓をお願いします

- 35歳 平成3年4月1日～平成4年3月31日生まれの方
- 45歳 昭和56年4月1日～昭和57年3月31日生まれの方
- 55歳 昭和46年4月1日～昭和47年3月31日生まれの方
- 40歳 昭和61年4月1日～昭和62年3月31日生まれの方

被扶養者(ご家族)でポイント年齢対象の方は、該当する箇所にチェックをお願いします。

※ポイント年齢対象被扶養者(ご家族)の人間ドック日帰りコース健診料は

被保険者は定期健康診断、被扶養者で特定健康診査または家族健康診断Aを受けた(受ける)方は、令和 〇 年 〇 月 〇 日

被保険者の方は必ず定期健康診断受診日をご記入願います。

健診名 (人間ドック・健康診断等 記入願います)	受診(予定)日	健診料	(健保使用欄) 上限額30,000円	健診機関名
人間ドック日帰りコース	月 日	38,500円	円	〇〇健診センター
健診名は人間ドック、レディースドック、脳ドック、健康診断、PET健診等の名称をご記入ください。			費用補助額 (健保使用欄) 上限額3,000円	検診機関名 (ドック等と同じ検診機関でご受診の場合もご記入願います)
胃がん	月 日	円	円	
大腸がん	月 日	円	円	
肺がん	月 日	円	円	
乳がん	〇月 〇日	5,500円	円	〇〇健診センター
子宮がん(20歳以上)	〇月 〇日	4,400円	円	〇〇健診センター
前立腺がん(40歳以上)	月 日	円	円	

被保険者の方が定期健康診断受診時にオプション検査として[ピロリ抗体IgG検査・ペプシノゲン検査]→胃がん検診 [前立腺(PSA)検査・メンズパック]→前立腺がん検診を受診する場合、事前申請は不要です。  
※メンズパックはPSA検査分のみ費用補助のため、検診料の欄には1,650円とご記入ください。

事前申請承認日 年 月 日

検診(検査)とみなします。  
小内の検査項目毎の明細をご提出いた

※被扶養者

A

B

健診結果について健診機関もしくは本人から健保組合に提供される(する)ことに同意します。

A・Bとも同意いただけない場合は健診費用補助の対象外となります。

上記のことに同意し、申請します。

なお、受診後速やかに領収書(原本)、契約健診機関以外で受診した場合は健診結果・質問票を健保組合に提出します。補助対象期間は4月1日から翌年2月末です。提出期限(令和9年3月15日健保組合必着)を厳守願います。

<40歳以上の被扶養者および任意継続被保険者で健診関係の補助申請をされる方へ>

事前申請の際に健保組合から郵送されている「特定健康診査受診券」をこの申請書に添付してください。

令和 年 月 日	
受診者	住所 〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇区〇〇条〇〇丁目〇〇
	電話 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
	氏名 〇〇支店〇〇部〇〇グループ
被保険者 (出向者の方は出向先会社名、所属まで記入をお願いします)	氏名 北電太郎

受診者の氏名は自署願います。被保険者の方が受診される場合も必ずご記入ください。