

令和5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	事務長		担当者		伺 年 月 日
				受診後	事前	受診後	事前	
項	保健事業費	保健事業費						処理 年 月 日
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		＝ 疾病予防費			

被保険者証の記号		番号		連絡先 (トール)			
受診者	氏 名		続柄		性別		男・女
	生年月日		昭和・平成 年 月 日		年齢		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 昭和63年4月1日～平成元年3月31日生まれの方 ☐ 40歳 昭和58年4月1日～昭和59年3月31日生まれの方 ☐ 45歳 昭和53年4月1日～昭和54年3月31日生まれの方 ☐ 50歳 昭和48年4月1日～昭和49年3月31日生まれの方 ☐ 55歳 昭和43年4月1日～昭和44年3月31日生まれの方 ☐ 60歳 昭和38年4月1日～昭和39年3月31日生まれの方 ※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、健保組合が全額負担します。							
被保険者は定期健康診断受診日、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)方はその受診(予定)日				令和 年 月 日			
健診名 (人間ドック・健康診断等)	受診(予定)日	健診料	費用補助額 (健保使用欄) 上限額30,000円	健診機関名			
	月 日	円	円				
検診名 (対象がん検診・検査)	受診(予定)日	検診料	費用補助額 (健保使用欄) 上限額3,000円	検診機関名			
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	月 日	円	円				
子宮がん(20歳以上)	月 日	円	円				
前立腺がん(40歳以上)	月 日	円	円				
動脈硬化検査	月 日	円	円				
費用補助の合計金額		円	事前申請承認日 年 月 日				

※検診補助については、複数の検査を受診しても検査目的が同じものは1つの検診(検査)とみなします。
 ※複数の検査が1つにまとまったセット等は、費用補助対象外のものが含まれていたり検査目的が異なるものが含まれている場合、セット料金全額を費用補助の対象外とみなします。

例: 北海道労働保健管理協会のメンズバックはPSAの他にも対象外の検査が含まれたセットになるため、費用補助対象外。

- A 別記の「個人情報収集利用目的」を理解し、同意します。
 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6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
	電話
	氏名
被保険者	所属
(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

別 記

健診費用補助申請書を提出される前に、下記枠内の「個人情報収集利用目的」を必ずお読みください

当健保組合が取扱う個人情報は、「健保組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」に基づき次の目的で収集利用します。

- ・健康の保持・増進のための健診、保健指導及び健康相談
- ・特定健診・特定保健指導の実施
- ・保健指導・健康相談に係る産業医、保健師等への委託（保健指導等が必要な被保険者）
- ・医療機関等への健診・保健指導の委託
- ・保健指導・健康相談に係る委託機関への健診結果の提供
- ・データヘルス計画のための健診データ活用