

記入見本

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	同
				受診後	事前	
項	保健事業費	保健事業費				年 月 日
目	疾病予防費	特定健康診査事業費				処理
						年 月 日
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	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 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 ☐ ☐ 55歳 昭和43年4月1日～昭和44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、該当する箇所を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・健康診断料は、健保組合に支払われます。						
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			令和 年 月 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)	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	〇月 〇日	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		
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			
動	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、前立腺(PSA)検査を受診する場合、事前申請は不要です。			事前申請承認日 年 月 日		

※検査料は、健保組合に支払われます。
※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パックは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	〒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	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。
	被保険者	所属	〇〇支店〇〇部〇〇グループ
	(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