

# 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	事務長		担当者		同
				受診後	事前	受診後	事前	
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						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 <input checked="" type="checkbox"/> をお願いします <input type="checkbox"/> 35歳 平成3年4月1日～平成4年3月31日生まれの方 <input type="checkbox"/> 40歳 昭和61年4月1日～昭和62年3月31日生まれの方 <input type="checkbox"/> 45歳 昭和56年4月1日～昭和57年3月31日生まれの方 <input type="checkbox"/> 50歳 昭和51年4月1日～昭和52年3月31日生まれの方 <input type="checkbox"/> 55歳 昭和46年4月1日～昭和47年3月31日生まれの方 <input type="checkbox"/> 60歳 昭和41年4月1日～昭和42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(本人)は対象外です。							
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 記入願います)		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 (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		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(費用補助対象外の検査や検査目的が異なるものが含まれている場合)は検査項目毎の費用明細をご提出いただけない場合、セット料金全額を費用補助の対象外とみなします。

- 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
	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ドンス」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