

記入見本

令和7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	日
項	保健事業費	保健事業費		※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。			
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	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2年4月1日～平成3年3月31日生まれの方
 40歳 昭和60年4月1日～昭和61年3月31日生まれの方
 45歳 昭和55年4月1日～昭和56年3月31日生まれの方
 50歳
 55歳 昭和45年4月1日～昭和46年3月31日生まれの方
 60歳
 ※ポイント年齢対象被扶養者(ご家族)の人間ドック...
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。

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		
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	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	
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...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8年3月16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	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇区〇〇条〇〇丁目〇〇
受診者	電話	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