

市町村健診補助金支給申請書

申請前に裏面の注意事項を必ずご一読下さい。

| | | | | | |
|------------------|---------------|----|----|-------------------|-----|
| 被 保 険 者 | 健康保険証 | 記号 | 番号 | 被保険者氏名 (申請者氏名) | |
| | 事業所名 (会社名) | | | 内線または外線 | |
| | 所属 | 地域 | 部署 | | |
| | | 部 | | | 課・室 |

| | | | |
|-------------|-------|----|-----------|
| 受 診 者 | 受診者氏名 | 続柄 | 連絡先(携帯番号) |
| | | | |

※ここでいう“基本健診”とは、受診者が39歳以下の場合『在住市町村が実施する基本健診』を指し、40歳以上の場合『当健保が実施する特定健康診査補助事業』を指します。

基本健診受診状況

| 健診受診年月日 | 健診名 | 費用 |
|----------|------|----|
| 20 年 月 日 | 基本健診 | 円 |

オプション検診の受診結果

| 検診受診年月日 | 検診名 | 費用 |
|----------|-----|----|
| 20 年 月 日 | | 円 |
| 20 年 月 日 | | 円 |
| 20 年 月 日 | | 円 |

下記をご記入の上、『健診結果表(コピー)』と『領収書(原本)』を添付し健保へ送付ください

市町村健診を受診し終えましたので、下記の通り補助金の申請を致します。

20 年 月 日 被保険者氏名: _____

① 市町村健診を受診した際に発生した個人負担金(領収書の合計)をご記入ください。

| | | |
|------|--|---|
| 請求金額 | | 円 |
|------|--|---|

② 振込口座をご記入ください(ゆうちょ銀行への振込みはできません)

※ 振込口座は、必ず被保険者名義 のものをご記入ください。

_____ 銀行・信金・農協・信組 _____ 支店

預金種目 普通 口座番号 _____

その他

() フリガナ: _____

口座名義 _____

| 健保記入欄 | 受付 | 入力 | 支払 |
|---------|----|----|----|
| 決定金額: 円 | | | |

市町村健診補助制度をご利用いただく上での注意点

1、補助対象となる健診項目（被保険者は、会社が実施する定期健康診断を受診してください）

・39歳以下の場合 … 各市町村が実施する“基本健診”（有料・無料に関わらず）

上記を受診された方は、市町村が実施する“オプション検診”も申請の対象となります

・大腸、子宮、胃、乳などの各種がん検診 ・骨粗しょう症検診 ・胸部検診

・その他、健保が補助の対象に該当すると判断した検診

※オプションのみの申請は受付できません

・40歳以上の場合 … 当健保が実施する“特定健康診査補助事業”を利用した方が受診する 上記オプション検診

→『特定健康診査』の受診費用は、この申請書でご請求頂くことができません

別紙「特定健康診査受診料請求書（立替分）」にてご請求頂きますようお願いいたします

※以下に該当する場合は、**補助の対象外**となりますので予めご了承ください

・健康保険証を使用し受診した場合 ならびに 個人的に医療機関等で各種健診を受診した場合

・同一年度において、当健保が実施している健診（人間ドック・巡回ドック・レディスドック）を受診している場合

・領収書や結果表の提出ができない場合

2、補助金の申請方法

補助金の申請は、同一年度内に1回/人となります。健診項目が複数あり、受診が数回にわたる場合には、全ての健診を受診し終えた時点でまとめて申請ください

【申請に必要な書類】

①市町村健診補助金支給申請書

・必要事項（太枠内）を記入し、提出ください

②領収書（原本）

・市町村健診を受診後、領収書を発行してもらう際は下記の点にご注意ください

→領収書の宛名書きは、受診者本人名（配偶者名）にて発行してもらってください

→領収書の但し書きは、1、市町村健診であること 2、健診項目名 を明記してもらってください

〔例〕基本健康診査の場合 … 市町村健診代（基本健康診査代）

子宮ガン健診の場合 … 市町村健診代（子宮ガン健診代）

③結果表（コピー）

→受診した健診項目全ての結果表のコピーを送付ください（39歳以下の被保険者は定期健康診断の

結果（コピー）も添付下さい）。結果表原本をご提出いただいた場合、返却は出来ませんのでご了承下さい。

【補助額】

3,000円/人を上限（※）とし支給し、補助の上限を下回る場合はその費用分のみ補助します

（※節目年齢の方は、上限5000円/人まで費用補助）

〔例1〕基本健診（無料）＋乳がん検診（1,800円）＋子宮がん検診（1,000円）を受診した場合

⇒受診料の合計が2,800円 … 健保補助額は2,800円

〔例2〕基本健診（3,150円）＋婦人科検診（3,000円）＋肺がん検診（1,000円）を受診した場合

⇒受診料の合計が7,150円 … 健保補助額は3,000円

4、個人情報の取り扱い

申請書に記載された個人情報は、当健保が実施する保健事業にのみ使用しそれ以外には使用致しません
不明な点につきましては、下記までお問合せください

〒492-8153 愛知県稲沢市井之口町中四反畑 4500 豊田合成健康保険組合 担当：秋本

TEL:0587-23-6661 FAX:0587-23-3319

URL: <https://goseikenpo.e-sprit.jp/>