

健康保険組合		
常務理事	事務長	扱 者

人間ドック等 補助金支給申請書

提出日 年 月 日 ※被保険者氏名・委任状欄は入力できません。手書きでお願いします。

記号・番号	-	被保険者氏名			
事業所		所属			
受診者氏名		生年月日	昭和 平成	年 月 日	続柄
住所	〒 - 内容確認等のため書類を送付する場合があります。受取可能な住所をご記入ください。				
電話	(内線: -) 平日の日中に連絡がつく電話番号をご記入ください。				
受診日	年 月 日	健診機関			
支払金額(税込)	円				
健診(検診)内容	項目(受診したものに✓マーク)	(健保)補助対象年齢	(健保)補助額 の上限(税込)	(健保)記入欄 健診費用(税込)	※記入不要 (健保)補助額
	<input type="checkbox"/> 人間ドック(ポイント年齢) ※胃の検査方法 <input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 胃カメラ	満35才の 被保険者	44,000円	円	円
	<input type="checkbox"/> 人間ドック(ポイント年齢以外) ※胃の検査方法 <input type="checkbox"/> バリウム <input type="checkbox"/> 胃カメラ	満35才以上	費用の8割 (上限35,200円)	円	円
	<input type="checkbox"/> かくたん(肺がん)検診		3,000円	円	円
	<input type="checkbox"/> 大腸がん検診		2,500円	円	円
	<input type="checkbox"/> 乳がん検診		7,700円	円	円
	<input type="checkbox"/> 子宮がん(細胞診)検診		6,600円	円	円
	<input type="checkbox"/> 骨粗しょう症検診	3,000円	円	円	
	<input type="checkbox"/> 脳ドック(2年に1回)	40才以上の 被保険者	24,000円	円	円
<input type="checkbox"/> その他 ()			円	円	
委任状	工機ホールディングス健康保険組合 理事長 殿 本請求に基づく給付金の受領を 殿に委任します。 年 月 日 被保険者 氏名 _____				

特定健診における質問事項 ※人間ドックを受診した方は必ずご回答ください。

NO.	質問項目	回答
1	血圧を下げる薬を使用している	はい ・ いいえ
2	インスリン注射または血糖値を下げる薬を使用している	はい ・ いいえ
3	中性脂肪やコレステロールを下げる薬を使用している	はい ・ いいえ
4	現在、タバコを習慣的に吸っている*	はい ・ いいえ

*「現在タバコを習慣的に吸っている」とは「合計100本以上、または6ヶ月以上吸っている者であり、最近1ヶ月間も吸っている者」

[添付資料] ■ 領収書(原本) ※次の項目が明記されたものを添付してください。
 ・受診年月日 ・検診機関名 ・受診者氏名 ・金額(健診内容毎の内訳) ・但書き「人間ドック料として」など
 ■ 健診結果票(コピー) ※人間ドックの検査結果のページすべてをコピー願います。

(健保)記入欄 ※記入不要			受付日	出納日
前回受診日	人間ドック	年 月 日		
(健保)補助額	()	年 月 日		
			円	