

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 令和4年4月4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	1 - 12345	被保険者氏名	健保 太郎		
事業所	〇〇〇〇株式会社	所属	〇〇〇支店		
受診者氏名	健保 太郎	生年月日	昭和 50年5月5日	続柄	本人
住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 東京都〇〇区△△町□□-××				
電話	090-〇〇〇〇-〇〇〇〇 (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	令和4年3月3日	健診機関	□□□病院		
支払金額(税込)	78,840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 ※記入不要	
	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 胃カメラ	満35才の被保険者	44,000円	※記入不要	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
	<input type="checkbox"/> かくたん(肺がん)検診		3,000円		円
	<input type="checkbox"/> 大腸がん検診		2,500円		円
	<input type="checkbox"/> 乳がん検診		7,700円		円
	<input type="checkbox"/> 子宮がん(細胞診)検診		6,600円		円
	<input type="checkbox"/> 骨粗しょう症検診		3,000円		円
	<input checked="" type="checkbox"/> 脳ドック(2年に1回)	40才以上の被保険者	24,000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。 令和4年4月4日 被保険者氏名 健保 太郎				
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		