

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。手書きをお願いします。

記号・番号	<b>80</b> - ××××	被保険者氏名	<b>健保 太郎</b>		
事業所		所属			
受診者氏名	<b>健保 太郎</b>	生年月日	<b>昭和 50</b> 年 <b>5</b> 月 <b>5</b> 日	続柄	<b>本人</b>
住所	〒 <b>〇〇〇</b> - <b>〇〇〇〇</b> <b>東京都〇〇区△△町□□-××</b>				
電話	<b>090-〇〇〇〇-〇〇〇〇</b> (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	<b>令和4</b> 年 <b>3</b> 月 <b>3</b> 日	健診機関	<b>□□□病院</b>		
支払金額(税込)	<b>78,840</b> 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 健診費用(税込) (健保)補助額	
	<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	<b>※記入不要</b>	
	<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)		
	<input type="checkbox"/> かくたん(肺がん)検診		3,000円		
	<input type="checkbox"/> 大腸がん検診		2,500円		
	<input type="checkbox"/> 乳がん検診		7,700円		
	<input type="checkbox"/> 子宮がん(細胞診)検診		6,600円		
	<input type="checkbox"/> 骨粗しょう症検診		3,000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	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 行 本請求に <b>※記入不要</b>				

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	<b>はい</b> ・ 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 ・ <del>いいえ</del>
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 ・ <del>いいえ</del>
4	現在、タバコを習慣的に吸っている*	はい ・ <del>いいえ</del>

\*「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		
	( )	年 月 日		
(健保)補助額		円		