工機ホールディングス健康保険組合　行

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 ※記入不要 健診費用（税込）	（健保）補助額
	□ 人間ドック（ポイント年齢） ※胃の検査方法 □ バリウム □ 胃カメラ	満35才の被保険者	44,000円	円	円
	□ 人間ドック（ポイント年齢以外） ※胃の検査方法 □ バリウム □ 胃カメラ	満35才以上	費用の8割（上限35,200円）	円	円
	□ かくたん（肺がん）検診		3,000円	円	円
	□ 大腸がん検診		2,500円	円	円
	□ 乳がん検診		7,700円	円	円
	□ 子宮がん（細胞診）検診		6,600円	円	円
	□ 骨粗しょう症検診		3,000円	円	円
	□ 脳ドック（2年に1回）	40才以上の被保険者	24,000円	円	円
	□ 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ますか　※下記①～③のいずれかにチェックをして下さい	
	①最近1ヵ月間に吸っている　且つ　生涯で6か月以上または、100本以上吸っている	□
	②最近1ヵ月間は吸っていないが、生涯で6か月以上または、100本以上吸っている	□
	③習慣的に吸っていない（①、②以外）	□

[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			

K0810(R06.07)