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　令和6　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	80　－　××××	被保険者氏名	健保　太郎		
事業所		所属			
受診者氏名	健保　太郎	生年月日	(昭和)・平成　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□□-×× 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	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6　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 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	※記入不要	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
	□ かくたん(肺がん)検診		3,000円		円
	□ 大腸がん検診		2,500円		円
	□ 乳がん検診		7,700円		円
	□ 子宮がん(細胞診)検診		6,600円		円
	□ 骨粗しょう症検診		3,000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

本請求に

※記入不要

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)