

伺 年 月 日	令和 年 月 日
決 議 年 月 日	令和 年 月 日
給 付 額	円

常務理事	事務長	担当者

健康保険 人間ドック等利用補助金請求書

令和7年4月改訂

請求日 : 令和 7 年 12 月 10 日

申請者	被保険者証の記号番号	記号 1	所属会社名 ㈱オカムラ	被保険者の氏名 岡村 太郎
	番号	99999	所属部署名 x x x x 部	所属コード x x A10
	社員NO	9999		
住 所	〒 999-0009 神奈川県横浜市区北幸 X-X-X 天理イイツ x x x			
受診者について	氏名	岡村 華子		受診者区分 被保険者(本人) ・ 被扶養者
	生年月日	昭和・平成 46 年 x 月 x x 日		受診日現在の年齢 (35歳以上が対象) 54 才
	補助金申請状況	上記の受診者は、今まで人間ドック等の補助金を申請したことがありますか。 任意継続・被扶養者の方へ 健保より案内の「健康診断(特定健診)」を受診されていますか。 はい・いいえ はい(受診日 令和 年 月 日)・いいえ ^{※A}		
	喫煙の有無	吸う・吸わない	服薬の有無	糖尿病の治療に係る薬を使用している (有・無) 高血圧症の治療に係る薬を使用している (有・無) 脂質異常症の治療に係る薬を使用している (有・無)
	受診内容	No.	受診日	受診・検査の内容
	1	令和 7 年 9 月 10 日	上腹部MRI検査	ABC健診センター
	2	令和 7 年 12 月 5 日	脳ドック検査	神奈川県 脳ドック検査センター
	3	令和 年 月 日		※支給金額は上限までです。申請額が上限を超えても結構です。
	4	令和 年 月 日		
	5	令和 年 月 日		
必要添付書類		全部の『領収書』(原本) ・ 『受診結果』※上記「健康診断」で「いいえ ^{※A} 」選択の方のみ		
●退職者及び任意継続被保険者のみ、以下の「支払金融機関」をご記入下さい。				
支払金融機関	金融機関名			支 店 名
	預金種目	普 通 ・ 当 座		口 座 番 号
	口座名義	(カ ナ) (漢 字)		*口座名義は、請求者ご本人です。 *カナ欄も忘れずにご記入ください。

●退職者または任意継続被保険者の方は以下の「委任状」は記入不要です。

委任状	私は、事業主を代理人と定め、給与経由で人間ドック等利用補助金の受領を委任します。	
	本人(申請者)	住所 神奈川県横浜市区北幸 X-X-X 天理イイツ x x x 氏名 岡村 太郎
	※代理人(事業主)	住所 氏名

受付印

※請求に当たっての留意事項

- この請求書は、人間ドック受診後に提出して下さい。(定期健診、特定健診の検査項目と重複するものは除外)
- 補助対象および内容は以下の通りです。受診日現在に35歳以上の
・被保険者が受診した場合、上限50,000円/年まで補助
・任意継続被保険者および被扶養者が受診した場合、上限10,000円/年まで補助
- 毎年4月1日～翌年3月31日までの1年間に受診された方1人に対して、1回の申請(複数の受診日、項目可)とする。
- この請求書は1人1枚作成し、領収書原本(領収書の宛先は、受診者名であることを必ず添付して下さい)。
- 被扶養者・任意継続の方で、健康診断を含めて申請する場合は、指定された健診結果のコピーを必ず添付下さい。