

|           |          |
|-----------|----------|
| 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

※記入例は、被扶養者の申請例です。被保険者の場合は受診者欄を本人で記載下さい。

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<br>1                                                                                                                               | 所属会社名<br>㈱オカムラ                  | 被保険者の氏名<br>岡村 太郎                                                                 |
|                                      | 番号<br>99999                                | 所属部署名<br>x x x x 部                                                                                                                    | 所属コード<br>x x A10                | 社員NO<br>9999                                                                     |
| 住 所                                  | 〒 999-0009<br>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<br>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<br>(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。<br>任意継続・被扶養者の方へ<br>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。<br>はい・いいえ<br>はい(受診日 令和 年 月 日)・いいえ <sup>※A</sup> |                                 |                                                                                  |
|                                      | 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)<br>高血圧症の治療に係る薬を使用している (有・無)<br>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                        | 受診機関(医療機関名)                                                                      |
|                                      | 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                                                                                                                              | ※↓領収書には、検査項目の明細が記載されていること。(別紙可) |                                                                                  |
| 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 <sup>※A</sup> 」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 )<br>( 漢 字 )                                                                                                                    |                                 | *口座名義は、請求者ご本人です。<br>*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<br>氏名 岡村 太郎                                                                                           |                                 |                                                                                  |
| 状                                    | ※代理人(事業主)                                  | 住所<br>氏名                                                                                                                              |                                 |                                                                                  |

※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。