

家族健康診断費用補助金請求書

(兼 任意継続被保険者(35歳未満)健康診断補助金請求書)

| | | | | | | | | |
|-----|--|-------|-------|--------|----|----------------|---|---|
| 申請者 | 区分 (<input checked="" type="checkbox"/> 印) | 保険証記号 | 保険証番号 | 申請日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| | <input type="checkbox"/> 一般 | (右づめ) | (右づめ) | 被保険者氏名 | | 事業主 (会社名) | | |
| | <input type="checkbox"/> 任意継続 | | | | | 所属 (部署・支店名) | | |
| | <input type="checkbox"/> 特例退職 | | | | | 連絡先 | - | - |

下記のとおり申請します。本申請に基づく補助金の受領を事業主に委任します。(委任は一般被保険者のみ。任継・特例の方は指定の口座に振込みます)

| | | | | | | | | | |
|-------------|--|---|---|--|-------------|----|----|---|----|
| 受診者 | フリガナ | | 健診種別 <input checked="" type="checkbox"/> 印 | <input type="checkbox"/> 1.一般健診または特定健診 | | | | | |
| | 氏名 | | | <input type="checkbox"/> 2.個別検診※ (内容:) | | | | | |
| | 生年月日 (<input checked="" type="checkbox"/> 印) | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | | 年 | 月 | 日生 | 年齢 | 歳 | 性別 |
| 医療機関名 | 住所 | | | | | | | | |
| | 名称 | | | | | | | | |
| 支払金額(領収書金額) | | | | 円 | 支払年月日(領収日付) | 令和 | 年 | 月 | 日 |

※個別検診とは、単独で受診した検診。例:大腸がん検診、乳がん検診等

《添付書類》 ※以下①②③の提出がない場合、補助金支給不可

- 領収書(原本) クレジットカード売上票(お客様控)等は添付不要
- 「標準的な質問票」 ※当健保HPに掲載
- 「健診結果表」写し可(数値・実施機関・医師名必須)
※個別検診のみの場合、②③の提出は不要

《注意事項》

- 上記①②③を合わせて、原則受診後1ヶ月以内に当健保宛に提出
- 対象者は、35歳未満の任意継続被保険者・35歳未満の被扶養配偶者・配偶者以外の被扶養者
- 毎月20日締切、翌々月20日(休業日の場合は前営業日)に補助金(1万円限度)を振込
- 健康保険診療扱いでの受診の場合は、補助対象外

《最終請求期限》

- 受診した年度内の2月20日(休業日の場合は前営業日)必着

健診結果表等の取扱いについては、個人情報保護管理規程等の法令を遵守しております。

ご提出いただいた書類は健康管理のため、健康保険組合が保管いたします。なお、異議のある方は健康保険組合まで申し出てください。

(健康保険組合使用欄)

| | | | | |
|-----|--|------|-----|---|
| 受付日 | | 常務理事 | 事務長 | 係 |
| 決定日 | | | | |
| 処理日 | | | | |

| | | | | |
|------|--|--|--|---|
| 補助金額 | | | | 円 |
|------|--|--|--|---|

<備考>