

短期人間ドック等費用補助金請求書 [被扶養配偶者][任意継続被保険者][特例退職被保険者]請求用

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

今年度の間人ドックをけんぽ共同健診制度によらず受診したので費用を下記のとおり申請します。
申請者が一般被保険者の場合、補助金受領を事業主に委任します。人間ドックは受診、請求とも年度間一度のみ行います。

| | | | | | | | | | |
|-------|--|---|--|---|---|----|---|---|---|
| 受診者 | 区分 (<input checked="" type="checkbox"/> 印) | <input type="checkbox"/> 一般被扶養配偶者 | 健診種別 (<input checked="" type="checkbox"/> 印) | <input type="checkbox"/> 1.人間ドック | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 任意継続被保険者 <input type="checkbox"/> 任意継続被扶養配偶者 | | <input type="checkbox"/> 2.一般健診 | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 特例退職被保険者 <input type="checkbox"/> 特例退職被扶養配偶者 | | <input type="checkbox"/> 3.個別検診 | | | | | |
| | フリガナ | | | 個別検診は、人間ドック・一般健診時に追加で受診した検診 例: 大腸がん検診、乳がん検診等 | | | | | |
| | 氏名 | | | 性別 | <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 | | | | |
| 生年月日 | 昭和 平成 | 年 月 日生 | 年齢 | | 歳 (受診時年齢) | | | | |
| 医療機関名 | 住所 | | | | | | | | |
| | 名称 | | | | | | | | |
| 支払金額 | | | | 円 | 支払年月日(領収日付) | 令和 | 年 | 月 | 日 |

《添付書類》 ※以下①②③の提出がない場合、補助金支給不可

- ① 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
- ② 「標準的な質問票」 ※当健保HPに掲載
- ③ 「健診結果表」写し可 (数値・実施機関・医師名必須)

《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。請求は年度中1回限り
- ・対象者は、当年度35歳以上の被扶養配偶者、任意継続被保険者、特例退職被保険者
- ・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(4万円限度)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>

(第二種 H10) 2024.04

領収書(原本)貼付箇所