

【被扶養者・任継用】

常務理事	事務長	課長	担当者

人間ドック補助金申請書

受診日 (西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日

受診した医療機関名 _____

申請額 _____ 円

(健保使用欄)

支給額 _____ 円

補助額の上限

被保険者・被扶養者 年齢※	健保組合補助額
40歳以上	(上限) 20,000円
30歳~40歳未満	(上限) 15,000円
30歳未満	(上限) 10,000円

※ 年齢は年度末(3月31日)における年齢となります。
(例:年度内に40歳になる方 → 補助額 20,000円)

申請者情報

フリガナ

受診者氏名 _____ 電話番号 _____

保険証番号 記号 _____ 番号(枝番不要) _____

金融機関名 _____ 銀行 銀行コード

支店 支店コード

口座番号 普通・当座 No.(右づめ)

○振込依頼口座名義は受診者と同一名義であることをご確認ください

※オプション検査補助と人間ドック補助は同一年度内に重複して申請することはできません
年度内にどちらか1回のみご利用いただけます

申請時の注意事項

・契約医療機関で受診した場合は、窓口支払額から補助額が減額されておりますので、申請は必要ありません。

・申請には下記の3点が必要となりますので、あわせてお送りください。

- 質問票
- 人間ドック健診結果(写し)
- 領収書(原本)

・記入漏れや、添付書類が不足している場合等、お支払が遅れる(できない)ことがあります。あらかじめご了承ください。

※健康保険組合では前年に引き続き各都道府県の委託契約先を拡充しており、人間ドック健診委託契約先は随時更新となっております。健保組合のホームページにてご確認をお願いいたします。