

_____年度（個別）健診補助金申請書

《補助金額・提出書類等》

項目	当年度末年齢	補助限度額	添付書類等	提出先	提出期限	振込日
①人間ドック	35歳以上	12,000	・領収書(原本) (各項目ごとの料金がわかるもの) ・結果表(コピー可) ・人間ドックの場合質問票 ▶健保ホームページよりダウンロードしてご記入ください	事業所の 健保担当者 (人事・総務等)	毎月10日 年度内申請	毎月28日
②胃部検診	35歳以上	2,000				
③大腸検診	制限無	1,000				
④子宮検診	25歳以上	2,000				
⑤乳房検診	35歳以上 下記年齢以外	3,000				
	35・40・45・50・55・ 60・65・70歳	5,000				
⑥前立腺検査	50歳以上	1,000				
⑦脳ドック(被保険者のみ)	40・45・50～65歳	10,000	←30,000円以上の場合			

- * 各項目年度内1回。
- * 被保険者の事業所定期健診時に受診した検診項目と同部位についての検診(検査)は補助対象外です。
- * 人間ドック受診時の②、③は補助対象外です。④～⑥はオプションで別料金の場合補助対象となります。
- * 人間ドックと脳ドックの補助の両方は受けられません。
- * 脳ドック費用30,000円以上については10,000円の補助、30,000円未満については10,000円を引いた金額の1/2の補助
 (例)25,000円の場合 25,000円-10,000円=15,000円 15,000円/2=7,500円の補助です。
 事業所からの補助の有無については事業所担当者にご確認ください。
- * 保険診療でがん検査を行なった場合は対象外です。検診(全額自己負担)のみ対象になります。

受診者区分：被保険者・被扶養者 ← 該当する方を○で囲んでください。

被 保 険 者	保険証記号番号	氏名	提出年月日	
			年 月 日	
	会社名	所属名	社員番号	

受 診 者	受診者名	続柄	生年月日	才
	受診項目	受診機関名	支払った額	受診年月日
	人間ドック		年 月 日	
	胃部検診		年 月 日	
	大腸検診		年 月 日	
	子宮検診		年 月 日	
	乳房検診		年 月 日	
	前立腺検査		年 月 日	
	脳ドック		年 月 日	

被保険者の人間ドックの申請の場合ご記入ください。

事業所定期健診を受診 (未受診 ・ 受診済 ・ 受診予定) ←該当に○をつけてください。

シチズン健保記入欄 <table border="1"> <tr> <td>人間ドック</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>がん検診等</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>脳ドック</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>支払合計</td> <td>円</td> </tr> </table> <p>振込年月日 年 月 日</p>	人間ドック	円	がん検診等	円	脳ドック	円	支払合計	円	会社記入欄 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名
人間ドック	円								
がん検診等	円								
脳ドック	円								
支払合計	円								

印