

_____年度健診補助金申請書（被扶養者）

《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	提出期限	振込日
① 特定健診(生活習慣病健診)	40歳以上	6,500	・請求書(写) ・健診結果データ(XMLデータ) ・質問票 健診結果がXML形式以外の場合 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	毎月10日 年度内申請	毎月28日
② 人間ドック	35歳以上	12,000			
③ 眼底検査	35歳以上	1,100			
④ 消化器検診	35歳以上	2,000			
⑤ 大腸がん検診	制限無	1,000			
⑥ 子宮がん検診	25歳以上	2,000			
⑦ 乳がん検診	35歳以上	3,000			
⑧ 乳がん検診 (年度末時点右記年齢)	35・40・45・50・ 55・60・65・70歳	5,000			
⑨ 前立腺検査	50歳以上	1,000			

- * 各項目年度内1回。
- * 生活習慣病健診・人間ドックの健診項目には特定健診項目を含めてください。
- * 人間ドック受診時の消化器健診・大腸がん検診分については補助対象外です。
- * 受診結果はデータ(XML形式)で提出してください。
- * 結果データはがん検診項目も含めてください。含まない場合は、紙の結果のコピーも提出してください。

《事業所記入欄》

提出日 年 月 日

事業所名	(印)	担当者名	
------	-----	------	--

健診機関名	受診年月日	項目	補助金額	件数	補助金額計(円)
	～		0 ×	=	
	～		0 ×	=	
	～		0 ×	=	
	～		0 ×	=	
	～		0 ×	=	
	～		0 ×	=	
	～		0 ×	=	
	～		0 ×	=	
	～		0 ×	=	
	～		0 ×	=	
	～		0 ×	=	
	～		0 ×	=	
	～		0 ×	=	
	～		0 ×	=	
	～		0 ×	=	
合計					0

《健保記入欄》

振込年月日	年	月	日	特定(生活習慣病)	件	円	人間ドック	件	円	受 付
							眼底検査	件	円	
							消化器検診	件	円	
							大腸がん検診	件	円	
							子宮がん検診	件	円	
							乳がん検診	件	円	
							乳がん検診(*)	件	円	
							前立腺検査	件	円	
							小計	件	円	
							合計	件	円	