

被扶養者健診補助金申請書

提出日 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

健康保険証	記号	〇〇〇〇	番号	〇〇〇〇〇〇〇
被保険者氏名	フリガナ	トウレ タロウ		
	氏名	東レ 太郎		
受診者	フリガナ	トウレ ハナコ		
	氏名	東レ 花子		
	生年月日	〇〇〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	年度末（翌年3.31） 時点の年齢	44 歳
被扶養者健診	受診年月日	医療機関への支払い額		支給決定額（健保記入欄） 上限：10,000円
	〇〇〇〇 年 10 月 1 日	35,000 円		円

・被扶養者健診（人間ドック含む）と併せて受診されたがん検診に☑のうえ、検診単体の費用をご記入ください（ご留意事項の4.参照）

がん検診	<input checked="" type="checkbox"/> 乳がん検診	検診単体費用	4,500 円	支給決定額(健保記入欄) 上限：4,000円	がん検診は単価が わかる場合のみ 補助対象です。
	<input checked="" type="checkbox"/> 子宮頸がん検診	検診単体費用	3,000 円	支給決定額(健保記入欄) 上限：2,500円	

子宮頸がん検診は①任意医療機関受診②郵送検診③巡回健診のいずれか一つのみの補助です（重複不可）。

問診結果に☑印 を入れて下さい	● 問診結果をご記入ください	子宮頸がん検診は①任意医療機関受診②郵送検診③巡回健診のいずれか一つのみの補助です（重複不可）。		
	● 問診結果をご記入ください	子宮頸がん検診は①任意医療機関受診②郵送検診③巡回健診のいずれか一つのみの補助です（重複不可）。		
	● 問診結果をご記入ください	子宮頸がん検診は①任意医療機関受診②郵送検診③巡回健診のいずれか一つのみの補助です（重複不可）。		
	● 問診結果をご記入ください	子宮頸がん検診は①任意医療機関受診②郵送検診③巡回健診のいずれか一つのみの補助です（重複不可）。		
	● 問診結果をご記入ください	子宮頸がん検診は①任意医療機関受診②郵送検診③巡回健診のいずれか一つのみの補助です（重複不可）。		

＜ご留意事項＞

- 次の2点の書類を添付してください。
(1) 医療機関発行の領収書原本 ※本申請書の裏面に貼りつけてください。
(2) 健診結果のコピー ※数値・問診回答・医療機関名・医師名が記載されたもの
- 受診期間：当年4月～翌年3月末日 補助金申請書は、所属する事業所の労務担当課(任意継続の方は健保)にご提出ください。
(注) 3月受診者は健診結果が3月中にお手元に届かないと可能性があるため、領収書原本のみを添付のうえ提出いただき、結果が届き次第別送を頂きますようお願いいたします。
原則、翌年度の支払いは不可となりますのでご注意ください。
- 特定健診基本項目のすべての検査を受診していない健診は、費用補助対象外となりますのでご注意ください。
- 被扶養者健診（人間ドック含む）と併せて乳がん検診・子宮頸がん検診を受診された方は、本申請書で同時に費用補助の請求ができます。
(注) レディース健診など婦人科コースで、それぞれの検診単独料金が明確でない場合や、子宮頸がん検診を既に郵送検診で受検された方は、費用補助対象外となりますのでご注意ください。
- 補助金は毎月10日健保到着分までを翌月25日に事業所経由でお支払いします。（基本、被保険者の給与の中で）任意継続の方は加入時に指定された口座にお振込み致します。

◆事業所担当者 記入欄

年 月 日 記入

担当者氏名	当該受診者の年齢・添付書類および申請書の記載漏れ等について確認しました。
-------	--------------------------------------