

支給伺	支給決定年月日	支給決定額	常務理事	事務長	担当者
	年 月 日	円			
	決 裁 年 月 日				
年 月 日					

## 人間ドック・主婦健診補助金申請書(契約外医療機関受診用)

保険証の 記号・番号	-	被保険者 氏名	在職期間中に係る申請の場合、本申請書に基づく給付金の受領を事業主に委任します。		
受診日 (西暦)	年 月 日				
受診者氏名		受診者の生年月日 (和暦)	年 月 日		
領収証の 金額	円	受診した 医療機関名			
★人間ドック・主婦健診どちらの申請ですか？			人間ドック	主婦健診	
★(本人のみ)今年度、会社の健康診断を既に受診しましたか？			はい	いいえ	
「はい」と答えた方は、受診した日付を記入してください。(西暦)			年	月	日

### 領 収 証 貼 付 欄

※ 人間ドックまたは主婦健診の領収証原本を貼付してください。(返却はできません)

受診日、受診者氏名、人間ドックまたは主婦健診と明記してあるもの  
(主婦健診の代わりに生活習慣病(成人病)検診、乳がん・子宮がん検診の明記でも可)

※ 添付書類

- ①健診結果のコピー(全て)
- ②特定健診質問票(本人で、今年度、会社の健康診断を既に受診した方は不要です)

※ 補助金額

- ★人間ドック・・・ 30,000円が上限(対象者:年度末年齢が35歳以上の本人と扶養家族)
- ★主婦健診・・・ 15,000円が上限(対象者:年度末年齢が30歳以上の本人と扶養家族)

**受診してから2か月以内に健保へ届くように  
事業所へ申請してください。**