

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				

## 55歳及び60歳節目健診補助金申請書

保険証の 記号・番号	-	被保険者氏名	印
受診日	年 月 日	受診者氏名	
領収証の 金額	円	受診者の 生年月日	年 月 日
※ 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

同意書兼 領収証	<p>・節目健診補助金は、一旦私が所属する事業主が受領し、事業主から給与口座にて支払われる事に同意します。</p> <p>・上記の健診費用補助金を正に領収しました。</p> <p>東プレ健康保険組合 理事長殿 被保険者氏名 印</p>		
-------------	---	--	--

### 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)健診、乳がん、子宮がん健診の明記でも可)

※ 添付書類【契約医療機関で受診された方は不要です】

- ① 健診結果のコピー(全て)
- ② 特定健診の22項目の質問票

※ 補助金額(当年度55歳または60歳に到達するご家族のみ対象)

- ★人間ドック・・・ 契約医療機関は全額補助、契約外医療機関は43,000円が上限
- ★主婦健診・・・ 契約医療機関は全額補助、契約外医療機関は18,000円が上限

**受診してから2か月以内に事業所へ申請してください。**

**特定健診または巡回健診を今年度受診済、または今年度受診する予定の方は申請できません。**