

※健保組合記入欄

|     |    |     |         |     |      |     |     |      |     |
|-----|----|-----|---------|-----|------|-----|-----|------|-----|
| 事務長 | 課長 | 担当者 | 支給決定年月日 | コード | 支給金額 | 内 訳 | コード | 支給金額 | 内 訳 |
|     |    |     |         | 207 |      | 本   | 209 |      | 本   |
|     |    |     |         | ドック |      | 家   | 乳がん |      | 家   |

※ 保険診療(保険証を使用しての検査)の場合は、補助金支給対象外となります。

疾病予防各種健診(検診)補助金請求書(被保険者・被扶養者・任意継続者用)

令和 年 月 日 提出

下記のとおり人間ドック・乳がん検診を受診しましたので、補助金を請求いたします。

|                   |                                  |            |   |             |                  |                             |
|-------------------|----------------------------------|------------|---|-------------|------------------|-----------------------------|
| 事業所名              |                                  | 被保険者記号・番号  |   | 被保険者氏名      |                  |                             |
|                   |                                  | -          |   |             |                  |                             |
| 右側の受診項目に○をつけて下さい。 | 人間ドック                            | 年齢区分       | 30歳以上   | 40歳以上       | 50歳以上            |                             |
|                   |                                  | 補助金額上限(税込) | 10,000円   | 20,000円     | 30,000円          |                             |
|                   |                                  | 対象者        | 30歳以上の被保険者及び被扶養者  |             |                  |                             |
|                   | 乳がん検診                            | 30歳以上      | ・30歳以上の女性被保険者及び被扶養者 補助金額上限5,000円(税込)<br>・人間ドックのオプション及び婦人科検診として受診された場合も補助金対象です。<br>(人間ドック・婦人科検診の領収書に、乳がん検診の金額が明記されているもの)<br>・乳がん検診を受診し、市町村又は会社の補助を除いた、自己負担金も補助金対象です。 |             |                  |                             |
| 受診者氏名             | 生年月日                             | 年齢         | 続柄  | 受診年月日       | 健診料金(窓口での支払額)    | ※ドック補助金(健保記入欄)              |
| 1                 | 昭和・平成<br>年 月 日                   |            |   | 令和<br>年 月 日 | 人間ドック代<br>乳がん検診代 | 10,000 / 20,000<br>30,000 / |
| 2                 | 昭和・平成<br>年 月 日                   |            |   | 令和<br>年 月 日 | 人間ドック代<br>乳がん検診代 | 10,000 / 20,000<br>30,000 / |
| 病院等の証明            | 上記人間ドック・乳がん検診に要した費用は次の通り相違ありません。 |            |   |             |                  |                             |
|                   | 人間ドック                            | 受診者氏名      | 人間ドック代  | 受診者氏名       | 人間ドック代           |                             |
|                   |                                  |            | 円   |             | 円                |                             |
|                   | (税込み)                            |            | 令和 年 月 日  |             | 所在地              |                             |
| 乳がん検診             | 受診者氏名                            | 乳がん検診代     | 名称  |             |                  | (印)                         |
|                   |                                  |            | 円   |             |                  |                             |
|                   |                                  | (税込み)      |   |             |                  |                             |
| 委任事項              | この補助金の受領を一括受領責任者(氏名)             |            |   |             |                  | に委任します。                     |
|                   | 令和 年 月 日                         |            | 被保険者氏名  |             |                  |                             |

※ 請求上の注意事項

対象期間 当該年度中(4月～翌年3月末)の受診につき1回限りです。

- 添付書類
- ・必ず病院等の証明欄に証明印をうけるか、又は領収書(原本)を添付して下さい。
  - ・満40歳以上の被扶養者の方は、人間ドック受診で、特定健診を受診したとみなされますので、「特定健康診査受診券」と人間ドックデータ(健診結果等)写しを添付して下さい。  
(乳がん検診結果の添付は不要)

その他 任意継続被保険者の方は、委任事項欄の記入は不可となります。