

## 令和 年度 人間ドッグ補助金申請書

人間ドッグ補助金について、下記のとおり申請します。

受診者	被保険者番号	85 - -	被保険者名		年齢	
	自宅住所	〒 -				
	連絡先電話番号	(日中連絡が取れる番号)	生年月日	昭和	年	月 日
	受診機関名		受診日	令和	年	月 日
	申請項目及び申請金額	申請する項目にチェックマークを入れて下さい				
	<input type="checkbox"/> 下記①の場合(*1) (上限 20,000円)		<input type="checkbox"/> 下記②の場合(*2) (上限 10,000円)			
振込先口座	金融機関コード	金融機関名	銀行 信用金庫・組合	預金種別	普通・当座	
	支店コード	支店名	支店	フリガナ		
	口座番号			口座名義		

対象者 : 4月1日現在当組合の被保険者で、年度内に満40、45、50、55、60、65、70歳になる方。

受診期間 : 毎年4月1日から翌年3月31日

申請期間 : 毎年7月1日から翌年4月30日

補助金額(上限) : ①人間ドッグの健康診査の内容が特定健診の必須項目を満たしている場合 20,000円 (\*1)

②人間ドッグの健康診査の内容が特定健診の必須項目を満たしていない場合 10,000円 (\*2)

※ 上限金額に満たない場合は、自己負担額まで

## ■ 補助申請の提出書類

① 人間ドッグの健康診査の内容が特定健診の必須項目を満たしている場合

→ 人間ドッグ補助金申請書+質問票+人間ドッグの結果(写し)+領収証(原本)+料金の明細書(原本)

② 人間ドッグの健康診査の内容が特定健診の必須項目を満たしていない場合

→ 人間ドッグ補助金申請書+人間ドッグの結果(写し)+領収証(原本)+料金の明細書(原本)

## ■ 領収書(原本)の注意事項

領収書の貼付け用紙に記載の注意事項を必ずお読みになり、チェックボックスにチェックの上申請してください。

## &lt;組合処理欄&gt;

本申請について、下記のとおり処理する。

- 申請のとおり、補助金を交付する。
- 申請内容を是正のうえ、補助金を交付する。
- 補助金を交付しない。

(是正又は不交付の理由)

補助金交付合計額

円

受付印

決裁欄	常務理事	事務局長	決裁日	会計	担当者	備考

# 領 収 書 貼 付 用 紙

## の り づ け 位 置

※ 注意事項等をご確認のうえ、こちらの用紙に領収書を貼り付けてください。

### 【領収書について】

医療機関発行の領収書（原本）を貼り付けてください。

**領収書の返却はいたしませんので、領収書が必要な方は事前にコピーをお取りください。**

**（どうしても原本が必要な場合は、原本とコピーの両方をご送付ください。確認後返送いたします。）**

また、次の①から③について領収書に記載があるかご確認の上、チェックマークを入れてください。

- ① 受診日年月日が記載されていること。
- ② 但し書きに「人間ドック代」、あるいは「がん検診代」と記載されていること。  
但し書きに記載がない場合は、補助の対象外となります。
- ③ 受診された方の氏名(フルネーム) の記載があること。

### 【注意事項】

- ・ 人間ドックの健康診査の内容が特定健診の必須項目を満たした場合は  
2万円を上限に、満たしていない場合は1万円を上限として補助します。
- ・ 複数の健診機関で検査を受けた場合は、まとめて申請してください。

#### <次の方はがん検診のみ補助の対象となります>

- ・ 当組合または自治体を実施している特定健診を受けた方
- ・ 事業者が実施する定期健康診断を受け、その健診結果データを当組合に提供された方

#### <次の方はがん検診分の補助が対象外（全額自己負担）となります>

- ・ 組合が実施している簡易がん検診（郵送）と同じ種類のがん検診を受けた方
- ・ 自治体で実施しているがん検診を受けた方
- ・ ご案内で記載したがん検診（種類、検査方法）以外の検査方法でがん検診を受けた方
- ・ 治療の目的で検査を受けた方

## 質問票

被保険者証記号・番号	85— —
フリガナ	
氏名	

下記の質問に回答してください。(あてはまる番号に○印をつけてください)

1. 現在、aからcの薬の服用の有無	
a. 血圧を下げる薬を服用していますか。	( 1. はい 2. いいえ )
b. インスリン注射又は血糖を下げる薬を服用していますか。	( 1. はい 2. いいえ )
c. コレステロールを下げる薬を服用していますか。	( 1. はい 2. いいえ )
2. 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。	( 1. はい 2. いいえ )

※ 必ず健診結果データと一緒に提出してください。

----- キリトリ -----

## 質問票

被保険者証記号・番号	85— —
フリガナ	
氏名	

下記の質問に回答してください。(あてはまる番号に○印をつけてください)

1. 現在、aからcの薬の服用の有無	
a. 血圧を下げる薬を服用していますか。	( 1. はい 2. いいえ )
b. インスリン注射又は血糖を下げる薬を服用していますか。	( 1. はい 2. いいえ )
c. コレステロールを下げる薬を服用していますか。	( 1. はい 2. いいえ )
2. 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。	( 1. はい 2. いいえ )

※ 必ず健診結果データと一緒に提出してください。