東リ健康保険組合　行

2018年度人間ドック利用補助金申請書

記　入　欄			
保険証　記号・番号	―	所属部署	
被保険者　氏名		生年月日	年　月　日 （ 満　歳 ）
受診者　氏名	（ 続柄 ： ）	受診予定日	年　月　日
健診機関	名　称： 所在地：　都道府県　市区町村		
※1 費用支払い （どちらかに”〇”）	1　医療機関より健保へ全額を請求 2　本人が医療機関で全額を支払い （下枠「振込口座」へご記入ください） ※2		

振　込　口　座			
指　定　銀　行		口 座 NO.	口 座 名 義（カナ）
銀行	支店	普通 当座	

補　助　内　容				
対象者			補助額	健保補助の上限額
被保険者		35歳以上	健診費用総額（税込）の7割　※3	35，000円
		35歳未満	〃	14，000円
被扶養者	配偶者	35歳以上	〃	35，000円
		35歳未満	〃	14，000円
	配偶者以外	20歳以上	〃	7，000円

※1 費用の支払い方法については、予約時等にご自身で医療機関へご確認ください。
※2 ご本人が窓口で費用を支払う場合は、次の3つを揃えて健康保険組合へご提出ください。
①領収書（受診者本人の宛名のもの、原本） ②結果表のコピー ③特定健診質問票（HPより出力）
※3 健診費用の総額にはオプション費用も含みます。

【 備　考 】
- 本申請書にご記入いただいた情報は、健保組合における被保険者、被扶養者の健康管理と疾病予防、また補助金の精算に利用いたします。
- 健康診断の補助を受けられるのは、2018年度中に1回限りです。
- 健康診断で受診したオプション項目と同一の郵送検診を受けることはできません。
≪ 郵送検診≫ 子宮頚がん ・ 胃がん（ピロリ） ・ 大腸がん ・ 前立腺がん

署　名　欄
上記の内容並びに健診結果を提供する事に同意し、補助金の利用を申請します。 **記入日**　年　月　日　　**受診者氏名**　印

【提出先】 被保険者 ： 勤務先の人事担当部門 （人事部、総務人事部 等）
被扶養者 ： 東リ健康保険組合