

※記入例 被保険者（任意継続）健診補助金申請書

添付書類				① 領収書またはレシート（原本） ※健診項目・受診者が確認できるもの ② 健診結果（コピー） ※2026年度より胃がん・乳がん・子宮がんにも結果が必要です ③ 問診票			
				記号	〇〇〇	番号	〇〇〇〇〇〇
会社名	記入不要			受診者氏名	(フリガナ)	記入不要	
事業所名	記入不要				記入不要		
健診日	2024年6月15日	生年月日	1973年12月5日	年度末時点年齢(3月末)	51	歳	
健診機関名または市町村名	〇〇病院・〇〇市・区・町・村		健診費用（総額）	〇〇,〇〇〇 円			
振込口座（普通） ※被保険者名義以外は指定できません							
銀行名	〇〇〇	支店名	〇〇〇	口座番号(7桁)	〇〇〇〇〇〇〇		
	銀行 信組 信金 農協		支店 本店 営業部 出張所		ニッポン ハムコ		
申請種類	回数	申請資格		限度額	申請 ○		
人間ドック	年1回(4月～3月)	30歳以上～40歳未満		20,000円			
		40歳以上		30,000円	○		
子宮がん	年1回(4月～3月)	20歳以上		10,000円	○		
乳がん					○		
特定健診	年1回(4月～3月)	40歳以上～75歳未満		3,000円			
一般健診	年1回(4月～3月)	40歳未満		3,000円			

【健保記入欄】

常務理事	事務長	確認者	確認者	担当者	補助金額	交付執行日
					円	令和 年 月 日

★・・・留意事項・・・★

- ※ 健康保険証を使用する場合は、医療行為となり、補助金の対象外です。
- ※ 健診費用が限度額未満の場合は、実費を給付いたします。
- ※ 「胃がん・乳がん・子宮がん」は人間ドック、他健診との併用が可能です。
- ※ 契約機関で受診される場合は申請不要です。補助金超過分を窓口でお支払いください。