

※記入例 被扶養者（家族）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		被保険者氏名	(フリガナ)	ニッポン ハム太郎ウ		
会社名	〇〇株式会社					日本	ハム太郎		
事業所名	〇〇部・室・課				受診者氏名	(フリガナ)	ニッポン ハムコ		
						日本	ハム子		
健診日	2024年	6月	15日	受診者 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	支店名	口座番号(7桁)	口座名義※カタカナ
〇〇〇 <small>銀行 信組 信金 農協</small>	〇〇〇 <small>支店 本店 営業部 出張所</small>	〇〇〇〇〇〇〇〇	ニッポン ハム太郎

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)	30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	