

# 【人間ドック・脳ドック】補助金申請書

令和5年4月 改訂版

※補助対象年齢の基準日は、該当年度末(3月末)時点です。  
 【添付資料】 □領収書等(原本) \* <注>⑤⑥⑨参照  
 □健診結果(コピー)・健保所定の問診票(原本)  
 (下記「確認事項」で必要となった方のみ)

提出日	年 月 日		
被保険者	事業所(会社)	所属部署	任意継続被保険者の場合⇒雇用延長(有・無)
	被保険者 記号番号	記号:	番号:
	被保険者氏名	連絡先 (日中連絡が 取れる電話番号)	
受診者	区分(該当に○)	被保険者(本人)・被扶養者(家族)	
	受診者氏名	生年月日	S H R 年 月 日 ( 歳)
実施医療機関名	名称		
	電話番号		
受診年月日	令和 年 月 日		

《該当する□にレ点でチェックし、必要な個所に記入してください。(左下の同意書欄にも署名・捺印してください。)》

項目	健保補助対象(対象年齢)	補助限度額	本人支払額	健保記入欄
□人間ドック <注>③④⑤⑥	□34歳以下の被保険者	30,000円	円	円
	□35歳以上の被保険者	25,000円	円	
	□35歳以上の被扶養者	15,000円	円	
□脳ドック <注>③④⑤⑥	□34歳以下の被保険者	30,000円	円	円
	□35歳以上の被保険者	25,000円	円	
	□35歳以上の被扶養者	15,000円	円	

確認事項

□被保険者・雇用延長の任意継続被保険者の場合  
 「事業所の健康診断」を □ 受けた(受ける予定) → 受診(または受診予定)日: 年 月 日(記入必須)  
 □ 受けない ⇒ 人間ドック(または健康診断)の「健診結果」と「健保所定の問診票」を添付

□被扶養者・非雇用延長任継被保険者で  
 ・35歳以上の場合、「ウィーメックス(または専門医ヘルスケアネットワーク)」経由で申込みの医療機関で健康診断を  
 □ 受けた(または受ける予定) → 受診(または受診予定)日: 年 月 日(記入必須)  
 □ 受けない ⇒ 人間ドック(または健康診断)の「健診結果」と「健保所定の問診票」を添付

・34歳以下の非雇用延長任継被保険者の場合、任意で健康診断を  
 □ 受けた ⇒ 人間ドック(または健康診断)の「健診結果」と「健保所定の問診票」を添付 ← ※被扶養者の方は添付不要  
 □ 受けない

《被保険者の口座を記入してください》

振込先 金融機関	金融機関名	金融機関コード	口座名義
	銀行 信用(金庫・組合)		<被保険者名>
	支店名	支店コード	口座番号
	支店	(普通預金)	

《確認の上、☑してください》

確認事項	<input type="checkbox"/> この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 <input checked="" type="checkbox"/> ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
------	---

健保組合補助金額	円 *健保記入欄(記入しないでください)
----------	----------------------

<注意事項>

- ① 保険証を使用した健診は補助対象外です。
  - ② 人間ドックおよび脳ドックについて、年度内に各1回、補助金を支給します。
  - ③ 35歳以上の方が人間ドック補助金申請される場合は、「特定健診」の検査項目を含めて受診することが補助金支給の条件となります(「特定健診」の検査項目は各健診機関が承知しております。)
  - ④ 「被保険者で事業主健診を受けない方」「35歳以上の被扶養者でウィーメックス(または専門医ヘルスケアネットワーク)経由で健診を受けない方」「34歳以下の非雇用延長任継被保険者で任意で健康診断を受診された方」が補助申請される場合、人間ドック(または健康診断)の「健診結果と健保所定の問診票」を添付してください。
  - ⑤ 人間ドックと脳ドックを同時に受診した場合、領収書に一般ドックと脳ドックの費用内訳が必要です。費用内訳が無い場合は補助金額が算出できませんので一般ドックの費用補助として取扱い、一般ドックの上限までの実費の補助となります。
  - ⑥ 領収証は「人間ドックまたは脳ドック」と記載されており検診内容が確認できる領収証を添付してください。領収書でわからない場合は別途請求明細書等で内容がわかる書類も添付してください。
  - ⑦ 補助金申請手続きは、受診された年度内で行ってください。
  - ⑧ ご提出いただいた個人データは、「個人情報保護管理規定」に基づき、適切に処理いたします。
  - ⑨ セルフメディケーション税制控除申請予定者は領収書の写しでも可とします。
- ※支払いは申請書到着後2ヶ月ほどかかります。また申請の控えを入金が確認されるまでは保管をお奨めします。

補助金決定の為に、当健保が医療機関等に照会する場合があります。

下記《同意書》に署名をお願いいたします。照会による情報は利用目的以外で使用しません。

《同意書》

わたしは、貴組合が補助金決定の為に、関係諸機関に照会することに同意します。後日、本件については、貴組合に対し一切の意義・請求等申し立てを行いません。なお、本書の写しも可とします。

年 月 日 氏名: [ ]

健保押印欄	常務理事	事務長	担当