

【健康診断・婦人科がん検診】費用補助申請書

令和5年4月 改訂版

【添付資料】□領収書等(原本)*<注>⑤⑥⑨参照

※補助対象年齢の基準日は、該当年度末(3月末)時点です。

□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
□健康診断 <注>③④	35歳以上の、被扶養者	15,000円	円	円
□婦人科 乳がん検診 <注>④⑤⑥	女性被保険者: 25歳以上 女性被扶養者: 35歳以上*自治体健診のみ対象	7,500円 <注>②	円	円
□婦人科 子宮がん検診 <注>④⑤⑥	20歳以上の、女性 被保険者および被扶養者 *被扶養者の方は自治体健診のみ対象		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(または受信予定)日: 年 月 日(記入必須) □ 受けない ⇒(任意で受けた健康診断の)「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 ⇒(任意で健康診断を受けた)「健診結果」と「健保所定の問診票」を添付
	・34歳以下の場合、任意で健康診断を □ 受けた ⇒(任意で受けた健康診断の)「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	☐ 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。 ☐ 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>

- 健康保険が適用される検査等は、補助対象外です。
 - 乳がん検診および子宮がん検診を合わせて、年度内に1回、「上限7,500円」の補助金を支給します。
 - 35歳以上の方が健康診断費用を補助申請される場合は、「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です。
(「特定健診」の検査項目は各健診機関が承知しております。)年度内に1回、補助金を支給します。
 - 「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
健診を受けない方」「34歳以下の非雇用延長任継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は、任意で受けた
「健診結果と健保所定の問診票」を添付してください。
 - 「被扶養者」の婦人科がん検診は、「自治体実施のがん検診」のみ補助対象です。領収書で自治体がん検診が判別不能の場合
は郵送された健診案内、受診票のコピー等を添付して、自治体がん検診であることがわかるようにしてください。
 - 婦人科(がん)検診項目が確認できる領収証を提出してください。領収書で婦人科(がん)健診項目がわからない場合は別途請求
明細書等で婦人科(がん)健診であることがわかる書類を添付してください。
 - 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。
 - 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。
 - 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。
- ※支払いの申請書到着後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