


# 人間ドック等補助金申請書

※対象：被保険者

|     |    |     |      |
|-----|----|-----|------|
| 事業所 | 健保 |     |      |
| 担当  | 担当 | 事務長 | 常務理事 |
|     |    |     |      |

|  |                               |   |  |   |      |   |
|--|-------------------------------|---|--|---|------|---|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>と<br>こ<br>ろ | 申 込 日                         | 令和  | 年  | 月 | 日    | <input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は✓) |
|  | 保険証の 記号 - 番号                  | 被保険者の所属・氏名  |  |   | 生年月日 |   |
|  | -                             | (フリガナ)  |  |   | 昭和   |   |
|  |                               |  |  |   | 平成   | 年 月 日   |
|  |                               |   |  |   | 令和   |   |
|  | 受 診 日                         | 令和  | 年  | 月 | 日    |   |
|  | 受診医療機関<br>(病 院 名)             |   |  |   |      |   |
|  | 医療機関への支払額                     | 円   |  |   |      |   |
|  | 添付書類チェック欄                     | <input type="checkbox"/> 明細付領収書 (原紙)  | 指定医療機関(ウィーメックス(株)経由)受診の有無<br>※下記の注意事項②を参照<br>・受診した                      ・受診していない |   |      |   |
|  | 受取代理人の欄                       | 本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人(事業所の事業主)に委任します。   |  |   |      |   |
|  | 受取方法                          | 代理人   |  |   |      |   |
|  | <input type="checkbox"/> 給与振込 | (事業所名)  |  |   |      |   |
| 健<br>保<br>記<br>入<br>欄                                    | 補 助 金 決 定 額                   | ( ) 円   |  |   |      |   |
|  |                               | ※但し、上限は40,000円<br>※人間ドック・専門ドック・PET健診いずれかについて、年1回                                  |  |   |      |   |

※太枠の中をご記入ください。

支払印

<ご注意>

- ① 費用を全額自己負担した場合に申請してください。  
当健保組合の指定医療機関で受診された場合は、対象外となります。
- ② ウィーメックス(株)代行の指定医療機関で人間ドックを受診された方は、すでに補助を  
しておりますので、この補助金申請は対象とはなりません。
- ③ オプションでがん検診(乳がん、子宮がん、前立腺がん)を同時受診した場合  
その費用は人間ドック費用に含め、別途がん検診補助金支給はいたしません。
- ④ 補助金の支払は、毎月10日までに(健保)に到着した申請書をとりとめ、  
翌月支給の給与に「保険給付」として支払います。  
(任意継続被保険者の方は、末日までに登録されている指定口座に振り込みます。)
- ⑤ 「給付金支払明細」は「MY HEALTH WEB」にてご確認ください。

