

# 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 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	申込日	令和 00 年 00 月 00 日	<input checked="" 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	
	6700 - 00000	(フリガナ) 八総	ヤスカワ タロウ 安川 太郎	昭和 平成 00 年 00 月 00 日 令和	
	受診日	令和 xx 年 xx 月 xx 日			
	受診医療機関 (病院名)	△△中央病院			
	医療機関への支払額	52,500 円			
	添付書類チェック欄	<input checked="" 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 ※下記の注意事項②を参照 ・受診した <input type="checkbox"/> ・受診していない <input checked="" type="checkbox"/>	
	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 checked="" type="checkbox"/> 給与振込	(事業所名)	(株)安川電機 または (Y E)	
健保記入欄	補助金決定額	( ) 円 ※上限は40,000円 ※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。

## <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まとめ、  
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。

支払印