

家族健診補助金申請書

※対象：35歳以上被扶養者

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	提出日	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			受診者の氏名					
	-	(フリガナ)			(フリガナ)					
		○								
	受診者の生年月日 及び年齢・続柄	昭和 平成 令和	年	月	日	年齢	歳	続柄		
	受診日	令和 年 月 日								
	受診医療機関 (病院名)									
	健診費用の総額	円								
	検査項目内訳	生活習慣病検診	胃部検診	乳がん検診	子宮がん検診					
	補助金限度額	10,000 円	10,000 円	5,000 円	3,000 円					
	医療機関への支払額	円	円	円	円					
	添付書類チェック欄	<input type="checkbox"/> 明細付領収書(原紙)		家族健診(ウィーメックス(株)委託分)受診の有無 ※下記の注意事項②を参照						
		<input type="checkbox"/> 検査結果表(写し)		・受診した		・受診していない				
	受取代理人の欄	本申請に基づき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 保 記 入 欄	補助金計算内訳	生活習慣病検診	胃部検診	乳がん検診	子宮がん検診					
		円	円	円	円					
	補助金決定額	() 円								

※太枠の中をご記入ください。

<ご注意>

- ① 保険診療(病気として検査)で受診された場合は、保険給付(7割健保負担)をすでに受けておりますので、補助金申請の対象とはなりません。
- ② 健保組合から案内しています、家族健診(ウィーメックス(株)委託分)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 検診費用が補助金限度額内の場合は、実費を補助金として支払います。
- 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。
- ⑥ ご報告頂いた検査結果は、法令に基づきデータを保存し、検診後の保健師による特定保健指導を行なう場合に限り使用することがありますのでご了承ください。

支払印