

支給決定年月日	年 月 日
支給決定額	円

常務理事	事務長	次長	担当

人間ドック・生活習慣病健診等 利用補助金申請書

この申請書は、予約専用の「Webサイト」や「コールセンター」を利用せずに
直接健診機関に予約・受診された方のみご使用ください

①【申請者の資格欄】※必ずご記入ください。

記号・番号	-	被保険者氏名			
被保険者の生年月日	年 月 日	年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男性 ・ <input type="checkbox"/> 女性
会社／所属					
連絡先電話番号・メールアドレス	@				

②【被扶養者欄】※被扶養者が受診された場合のみ、こちらにも記入してください。

被扶養者氏名			続柄		
被扶養者の生年月日	年 月 日	年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男性 ・ <input type="checkbox"/> 女性

③【受診情報】

人間ドック等受診日	年 月 日	※結果報告書(写)を添付 ●結果報告書に問診票(質問票)がない場合は別紙の特定健診問診票をご提出ください。
受診機関名		
受診機関住所	〒 - TEL () -	
受診料金	円	※領収書(原本)を添付

④【補助金振込先記入欄】※被保険者の口座情報をご記入ください。

補助金振込先	銀行名		銀行コード	
	支店名		支店コード	
	口座番号			
	フリガナ			
	名義人名			

⑤【申請者証明欄】

<p>松竹健康保険組合 理事長 殿</p> <p>上記のとおり受診しましたので補助金を申請いたします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>被保険者氏名</p>

【注意事項等】

- 「領収書(原本)」と、「結果報告書(写)」の2点を必ず添付してください。
- 受診料金(税込)のうち、25,000円までを補助します。
- 毎月15日を申請書の受付締め切りとし、当月25日にお振込みします。(25日が土・日・祝日の場合は、その前日とします。)

受付日付印

松竹健康保険組合

◆人間ドック利用補助金の支給要件など◆

○『人間ドック利用補助金』は、年度内(4月～翌年3月末まで)に利用した「人間ドック」や「生活習慣病健診」、「婦人科検診」の受診に対し、1種類(コース)、1回限り補助金を支給する制度です。

(受診年度内に申請されたものに限る。)

○この申請書を使用して補助金申請ができる方は、**個人で医療機関に直接予約、受診された方のみ**です。

当健保が提供する「予約専用Webサイト」や「予約専用コールセンター」から予約、受診された方については、すでに健保補助額(25,000円)が反映された負担額でご受診いただいておりますので、この申請書による補助金申請はできません。(補助金支給済み扱いとなります。)

○この申請書に必要事項を記入後、「結果報告書(健診結果)」、「領収書」と併せて、速やかにご申請ください。

(婦人科検診を単体で受診された方については結果提出不要。)

◆申請可能な各種健診と補助額・添付書類など◆

補助対象・年齢	健診の種類	健保補助額	添付書類
35歳以上の 松竹健保の 被保険者・被扶養者	人間ドック	費用総額(税込)のうち、 25,000円まで補助	・領収書(原本:但し書き等に「健診名」の記載があるもの)
	生活習慣病健診		・結果報告書(写)※報告書に問診票(質問票)がない場合は、別紙の『特定健診問診票(質問票)』を一緒にご提出ください。
	婦人科検診(単体受診)		・領収書(原本:但し書き等に「婦人科検診」の記載があるもの)

※「婦人科検診(単体受診)」をされた場合、別日にあらためて「人間ドック」や「生活習慣病健診」を受診し、合算して補助金申請をすることはできません。

ただし、人間ドックに婦人科オプションを付加してご受診いただいたものについては人間ドック1回分として申請することができます。

◆書類内の記入にあたっての注意事項◆

○書類内の必要事項欄内に全て記入(セルに入力)してください。

※記入見本内に青字で書かれている箇所

以上

支給決定年月日	年 月 日
	健康保険組合の記載欄
	円

記入見本

常務理事	事務長	次長	担当
健康保険組合の記載欄			

人間ドック・生活習慣病健診等 利用補助金申請書

この申請書は、予約専用の「Webサイト」や「コールセンター」を利用せずに
直接健診機関に予約・受診された方のみご使用ください

①【申請者の資格欄】※必ずご記入ください。

記号・番号	100 - 123456	被保険者氏名	健康 大地		
被保険者の生年月日	昭和 46 年 6 月 8 日	年齢	47 歳	性別	<input type="checkbox"/> 男性 ・ <input type="checkbox"/> 女性
会社／所属	和暦で記入してください	松竹株式会社			
連絡先電話番号・メールアドレス	080-123-4567	shochiku	@	shochiku.co.jp	

②【被扶養者欄】※被扶養者が受診された場合のみ、こちらにも記入してください。

被扶養者氏名		続柄			
被扶養者の生年月日	年 月 日	年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男性 ・ <input type="checkbox"/> 女性

③【受診情報】

和暦で記入してください

人間ドック等受診日	令和 2 年 10 月 1 日	※結果報告書(写)を添付 ●結果報告書に問診票(質問票)がない場合は別紙の特定健診問診票をご提出ください。
受診機関名	聖路加国際病院付属クリニック	
受診機関住所	〒 104 - 8560 東京都中央区明石町8-1	TEL (03) 5550-2400
受診料金	69,120 円	※領収書(原本)を添付 領収書に記載されている金額を記入してください

④【補助金振込先記入欄】※被保険者の口座情報をご記入ください。

補助金振込先	銀行名	みずほ銀行	銀行コード	健康保険組合の記載欄
	支店名	築地支店	支店コード	
	口座番号	1235678		
	フリガナ	ケンコウ ダイチ		
	名義人名	健康 大地		

⑤【申請者証明欄】

松竹健康保険組合 理事長 殿
上記のとおり受診しましたので補助金を申請いたします。
令和 2 年 10 月 10 日
被保険者氏名 健康 大地

【注意事項等】

- 「領収書(原本)」と、「結果報告書(写)」の2点を必ず添付してください。
- 受診料金(税込)のうち、25,000円までを補助します。
- 毎月15日を申請書の受付締め切りとし、当月25日にお振込みします。(25日が土・日・祝日の場合は、その前日とします。)

受付日付印

松竹健康保険組合

特定健診問診票（質問票）

被保険者証	記号	番号
記号・番号
受診者氏名		

質問項目		回答（該当するものに✓を入れてください。）	
1-3	現在、aからcの薬の使用の有無		
1	a. 血圧を下げる薬を使用している。	いいえ <input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>
2	b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射を使用している。	いいえ <input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>
3	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬を使用している。	いいえ <input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>
4	現在、たばこを習慣的に吸っている。	いいえ <input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>

※上記内容については、保健事業（データヘルス・特定保健指導など）以外には利用いたしません。

※健診結果報告書に問診票の添付がある場合又は事業主が実施する定期健診を受診されている方は、この問診票の提出は不要です。

松竹健康保険組合