

記入例

[被扶養者]契約外医療機関健診補助金支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	健康保険被 保険者等の 記号・番号	記号 10 番号 1234	コーポレートID 12345678	生年月日	昭和 平成 令和	年 5 8	月 4	日 1 0		
	被保険者 氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎								
	被保険者 住所	〒 105-0023 東京都港区芝浦1-2-3								
	連絡先	(電話) 090-1234-5678			(メール) ※会社以外のメールアドレスへ連絡希望の場合に記入 cmickenpo@X X X .co.jp					
申 請 内 容	受診者 氏名	フリガナ ケンポ ハナコ 健保 花子	被保険者 との続柄	妻	生年月日	昭和 平成 令和	年 5 9	月 1 0	日 1	
	受診した 医療機関名	◆◆◆◆病院		受診者年齢	41 歳	受診年月日	令和	年 7	月 5	日 1 0
	◎該当する健診に○をして健診受診金額に記入してください									
	健診コース・オプション		対象年齢 (実施年度末3月31日時点の年齢)	該当 に○	健診受診金額 ※領収書の額	自己負担額	健保補助 上限金額	健保記入欄 ※ここに記入しないでください		
	基本健診 (いずれか)	定期健康診断	35歳未満		円	1,500円	10,000円			
		生活習慣病健診	35歳以上	○	24,000 円	1,500円	23,000円			
		人間ドック1日	35歳以上		円	10,000円	45,000円			
		人間ドック2日	35歳以上		円	20,000円	53,000円			
	子宮頸がん検査		すべて	○	4,000 円	なし	4,000円			
	乳がん検査 (いずれか)	エコー(※)	すべて		円	1,000円	5,000円			
マンモグラフィ(※)		40歳未満		円	3,000円					
		40歳以上	○	6,000 円	1,000円					
胃検査		30～34歳の定期健診受診者 ※35歳以上の胃検査は基本健診に含める		円	1,000円	13,000円				
骨粗しょう症検査		30歳以上		円	なし	2,000円				
肝炎ウイルス検査		30歳以上		円	なし	3,500円				
前立腺がん検査		50歳以上		円	なし	2,500円				
脳ドック		50歳以上の偶数年齢者に限る		円	10,000円	20,000円				
大腸内視鏡検査		50歳以上の人間ドック受診者 ※1日人間ドックで実施する場合は基本 検査と同一施設かつ別日(基本検査実 施日から2か月以内)の実施に限る		円	13,000円	20,000円				
◎40歳以上の方は下記の質問に回答してください (実施年度末3月31日時点の年齢)										
1. 血圧を下げる薬を飲んでいる					□はい ☒ いいえ					
2. インスリン注射または血糖を下げる薬を飲んでいる					□はい ☒ いいえ					
3. コレステロールを下げる薬を飲んでいる					□はい ☒ いいえ					
4. 現在たばこを習慣的に吸っている (最近1か月間吸っている、且つ生涯で6か月間以上又は合計100本以上吸っている)					□はい ☒ いいえ □以前は吸っていたが(生涯で6か月間以上又は 合計100本以上)、最近1か月間は吸っていない					
(※)エコーとマンモグラフィの両方を受診した場合、受診施設が設定している料金の高い方が健保補助対象となり、低い方が全額自己負担となります。										
振 込 先 情 報	※振込先口座については以下の通りです。 ①在籍者は会社の給与振込口座へ ②任意継続者は給付金振込先口座へ ③退職者は支給時に確認		健 保 記 入 欄	支給額	円		令和 7 年 6 月 1 日提出 受付日付印			

申請書に添付し提出いただく書類(必須)

1. 領収書(原本)※領収書の宛先は受診された方の氏名で発行をお願いします
2. 健診結果表全ページ(写)※検査項目表の全ての必須項目を受診していること

留意事項

- 健診受診金額欄には実際に支払った金額をご記入ください
(二次検査および保険診療は補助対象外です)
(健保からの支給額は受診金額から自己負担額を引いた額です。健保補助上限金額にご注意ください)
- 受診日に当健保の資格のない方は補助金の対象外です
- 事業所の集団健診を受診された方は集団健診が優先されます

申請書類提出先

〒105-0023 東京都港区芝浦1-1-1

シミックグループ健康保険組合 宛

申請書と一緒に添付書
類を必ずご提出ください。