

理事
長

本件の事務
を決定し、
支払いを命ず
る

理事	事務局長	事務局次長	業務	係	支部	支所	入力
平成 年 月 日 決裁				支払命令 第 号			

人間ドック等補助金申請書

(一般健診・総合健診・脳ドック・がん検診・婦人科検診等)

様式第22号

被保険者証記号番号	組合員氏名	受診者氏名	受診者生年月日			
			昭和・平成	年	月	日
上記被保険者が、健診機関において人間ドック等を受けることを認めます。						
平成 年 月 日						
支部住所および支部長名						印

人間ドック等を実施した年月日	年	月	日	健診機関が証明した年月日	年	月	日
上記のとおり人間ドック等を実施したことを認めます。							
住所 名称 電話							印

◎健診機関の方へ

人間ドック等を実施した年月日・証明日のご記入をお願いします。
又、健診機関の住所・名称・電話番号のご記入もお願いします。

被保険者の記入欄	上記のとおり申請します。						
	平成 年 月 日						
	住所 _____						
	組合員 氏名 _____ 印						
建設連合国民健康保険組合殿 電話 _____							
振込先金融機関	銀行	銀行 信組 信金 労金 農協	本店 支店 出張所	預金種類 1:普通・総合 2:当座 3:貯蓄	番号(右につめて記入してください)		
	ゆうちょ銀行	記号	番号(右につめて記入してください)				
口座名義(カナ)							

(注)補助金は直接本部より口座に振り込みます。

◎被保険者の皆様へ

- 人間ドック等を受ける前に必ず支部長の承認を受け、受診後は健診機関の証明を得て支部へ提出してください。
- 人間ドック等の補助金は年度一回支給されます。(年度の区切りは、4月から翌年3月まで)
- 領収書は、受診者名・金額・内容の明らかなものを添付してください。(保険診療は対象外)

※本部決裁欄	右のとおり支給額を決定してよろしいか。	費用額				
		支給決定額				



【人間ドック等】補助金申請について

＝平成21年度改正＝

被保険者が下記の条件において人間ドックや一般健診等を受診した場合、補助金を支給します。

- 補助金支給対象者: 16歳以上の被保険者
- 補助金支給回数: 被保険者1名につき年度内1回限り
- 補助金額: 下記表のとおり

検査費用	補助金割合	補助金額
1～10,000円		10,000円までの実費
10,001円～14,287円		10,000円
14,288円～90,000円	検査費用の7割	
90,001円～		63,000円

- 検査費用は、一旦各自でお支払いいただき、申請により補助金を支給します。
- 受診日時については、健診施設に直接相談、予約してください。
- 組合では40歳以上の被保険者を対象に集団特定健診も随時実施しています。実施日時などの詳細は組合窓口までお問い合わせください。(人間ドック等補助と集団特定健診で利用する特定健診補助は異なる保健事業であるため40歳以上の被保険者であれば各々利用する事が可能です)

【申請に必要なもの】

○	検査費用領収書コピー(受診者名・金額等明らかなもの)
○	人間ドック等補助金申請書(健診機関記入欄に証明が必要)

- ※ 健診の種類・健診機関の名称・実施日・受診者名が領収書に記載されていれば健診機関の証明は不要です
- ※ 平成21年3月31日以前の受診の場合、補助金額が異なります。詳しくは組合窓口までお問い合わせ下さい。

検査結果に基づき、規則正しい生活を過ごしましょう。たとえ異状がなくても、必ず毎年受診するよう心掛けましょう。

【記入例】

被保険者証に記載されている記号番号をご記入下さい。

受診者名ではなく、組合員の方の氏名をご記入下さい。

受診者の方の氏名と生年月日の6桁の数字をご記入下さい。

人間ドック等補助金申請書

(一般健診・総合健診・脳ドック・がん検診・婦人科検診等)

様式第22号

被保険者証記号番号	組合員氏名	受診者氏名	受診者生年月日
	建設 令一	建設 恵子	昭和 平成 3 8 0 4 0 6

上記被保険者が、健診機関において人間ドック等を受けることを認めます。

平成 年 月 日

支部住所および支部長名

支部で記入しますのでご記入は必要ありません。

人間ドック等を実施した年月日

健診機関が証明した年月日

上記のとおり人間ドック等を実施したことを認めます。

こちらの箇所に健診機関の証明が必要です。
但し、領収書に「健診の種類」・「健診機関の名称」・
「実施日」・「受診者名」が記載されている場合は健診
機関の証明は必要ありません。

住所
名称
電話

添付する領収書に次の項目が記載されている場合は必要ありません。
(健診の種類・健診機関の名称・実施日・受診者名)

申請書にご記入いただいた日付と郵便番号・ご住所・組合員の方のお名前・電話番号をご記入下さい。また、印鑑をお忘れのないように押印下さい。

上記のとおり申請します。

平成 年 x 月 日

〒105-0003

住所 東京都港区西新橋1-6-11

組合員氏名 建設 令一

建設連合国民健康保険組合 電話 03-3504-1501

口座名義人(組合員)の方のお名前のフリガナをご記入下さい。

振込金融機関 銀行 信組 農協 本店 支店 出振所 預金種類 口座番号(右につめて記入してください)

建連 国保 ケンセツ リョウイチ

記号 番号 1 2 3 4 5 0 1 2 3 4 5 6

◎被保険者の皆様へ

- 人間ドック等を受ける前に必ず支部長の承認を受け、受診後は健診機関の証明を得て支部へ提出してください。
- 人間ドック等の補助金は年度一回支給させていただきます。
- 領収書は、受診者名・金額・内容の明らかなり、

(注)補助金は直接本部より口座に振り込みます。

ゆうちょ銀行以外の金融機関もしくはゆうちょ銀行のいずれか片方の情報をご記入下さい。

振込金融機関は必ず組合員の方の名義のものを指定の上、ご記入下さい。
口座番号・番号は右詰でご記入下さい。

※本部決裁欄

右のとおり支給額を決定してよろしいか。

支給決定額

本部
受付印

*受付年月日
年 月 日

支部
受付印