

常務理事	事務長		担当

健康保険 被保険者 被扶養者 健診費用補助金支給申請書

被保険者証 記号番号	記号	被保険者 氏名	生年 月日	昭和 平成	年	月	日
	番号						
被保険者 住所	〒 電話 ()						
事業所 名称							
受診者氏名	フリガナ	続柄	年齢	歳			
健診 について	受診日	受診医療機関名	健診の内容 該当するものに、「○」を付けてください。				
	令和 年 月 日		1. 定期健康診断				
			2. 生活習慣病健診				
			3. 人間ドック				
	申請金額		4. オプション検査				
			5. その他				
			円				

※給与支払いの方はこちら（受領委任）

委任状	<input type="checkbox"/> 本申請に基づく補助金に関する受領を事業主に委任します。 ←チェック☑してください	
	令和 年 月 日	被保険者氏名

※任意継続・資格喪失後の方はこちら

振込先 情報	銀行 信金・信組			本店
	支店番号	普通 当座	口座番号	支店
	フリガナ			
	名義人			

受付日付印

【添付書類】 ●領収書原本 ●健診結果表（写）

健診コース	健保補助上限額（税込）		対象年齢	備考
	被保険者	任継・被扶養者		
定期健康診断	全額	8,000円	～29歳	実施年度の3月31日時点の年齢とします
生活習慣病健診	全額	27,000円	～34歳	
人間ドック	全額	42,000円	35歳～	
オプション検査（健保補助対象）				
乳がん検診	全額	5,000円	20歳～	乳がん検診はマンモグラフィーまたは乳房超音波 いずれかの選択制となります。
子宮がん検診	全額	5,000円		

- 受診日に当組合の資格のない方は申請できません。
- カフェテリアポイントを使用することはできません。

【送付先】 〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷5-23-5 代々木イーストビル8階
Works Human Intelligence健康保険組合