《記入例》

案内や注意事項を必ずお読みのうえ、申請して下さい。

JSR健康保険組合　御中

被保険者（本人）

(B) 人間ドック・脳ドック等補助金申請書

※健保連契約健診機関以外で受診する場合

係	事務長	常務理事

※健診の際は、健康保険を使用できません。

申請日	西暦 ****年 ＊月 ＊日 ※2				
被保険者等記号・番号	記号 ＊ ※1	番号 **** ※1	被保険者の氏名	健保　太郎 ※3	
被保険者の現住所	〒 ＊＊＊ －＊＊＊＊ 三重県四日市市〇〇町××番地		連絡先	***-****-*** 内線 ***-****	
受診者の生年月日	＊当年度末3月31日現在の年齢を記入して下さい 西暦 **** 年 ** 月 ** 日（ ** 歳* ）	性別	男	会社名所属	〇〇〇㈱ ※4 所属 Y＊＊＊＊
受診状況	＊今年度(4月～翌年3月)の会社の健康診断受診状況にチェックしてください。 ※5 事業所健診 （春季）☐ 受診した(受診予定)　☑ 受診していない(未受診予定) （秋季）☐ 受診した(受診予定)　☑ 受診していない(未受診予定)				
受診年月日	西暦 **** 年 ＊ 月 ＊ 日	健診機関名	〇〇健診クリニック		

受診項目および窓口で支払った金額(税込)	受診した健診項目に✔ ※6	健診費用(税込) ※7
	☑ 人間ドック （☑ 日帰り ・☐ 1泊 ☐ PET ）	40,000 円
	☑ 脳ドック(脳MRI・MRA検査を伴うもの、被保険者のみ)	30,000 円
	☐ 生活習慣病健診(任意継続被保険者・被扶養者のみ)	円
	☐ オプション検査(※8)	円

【申請書類】

①**人間ドック・脳ドック等補助金申請書**

②**領収書原本**（人間ドック・脳ドック・生活習慣病健診など健診であることが判明できるもの）

※健診日・受診者氏名・健診名・健診費用・受診機関名・領収印が記載されていないものや原本以外は受付できませんので、ご了承ください。また、原則返却することはできません。

③**別紙「振込先指定書」**

※任意継続者のみ（在職者は給与支給するため提出不要です）

④**別紙「特定健康診査質問票」**

※人間ドック・40歳以上の生活習慣病健診受診者のみ

⑤**健診結果（数値入り）の写し**

※人間ドック・40歳以上の生活習慣病健診受診者のみ

※健診結果が年度締め(4月20日)に間に合わない場合、健診結果以外を先にご提出いただき、健診結果は届き次第、ご提出ください。

※会社で実施する健康診断のかわりに人間ドックを受診される方は、事業所人事にも健診結果を送付下さい。

健保受付日

【注意事項】

・在職者は、年度内に「人間ドック(健保連契約健診機関)」「人間ドック(健保連契約健診機関以外)」のいずれか1つを利用できます。（生活習慣病健診は、事業所の健康診断にて実施）

・任意継続被保険者は、年度内に「人間ドック(健保連契約健診機関)」「人間ドック(健保連契約健診機関以外)」「生活習慣病健診」のいずれか1つを利用できます。

・原則、一部でも保険診療扱いとなった場合は、補助対象外。事情により一部保険診療とされる場合は、事前に健保にご相談ください。

・申請前に、全額自己負担である(3割負担でない)ことを必ず「領収書」でご確認ください。

・請求期限は、健診年度(4月～翌年3月)終了後の4月20日(休日の場合は前日)健保着分までです。期限を過ぎますと、受付できませんのでご注意ください。

・別紙「人間ドック等検査項目一覧」の「●＊」の項目が一つでも未受診の場合は補助対象外となります。

◎健保処理欄

	人間ドック(5-1-4-3)	円	節目：上限50,000円(税込) 節目以外：上限20,000円(税込)
	脳ドック(5-1-4-7)	円	本人：上限10,000円(税込)
	生活習慣病健診(5-1-4-1)	円	本人：上限20,000円(税込)
	健診結果(40歳以上・人間ドック・生活習慣病健診受診者)		

補助合計額	円
支払日	西暦　年　月　日

(R6.12)

領収書に、健診名の記載のないものは、受付できませんので、よくお確かめのうえ、原本を提出して下さい。

※1
①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書(健康保険証)のいずれかでご確認ください。

※2
健保組合へ申請する日を記入して下さい。

※3
会社で旧姓を使用している場合は、健康保険上の氏名に修正して下さい。

※4
任意継続者は「任継」と記入して下さい。
テレNo.が無い場合は「-」を記入して下さい。

※5
任意継続者の方で、当年度、会社の健康診断を受診された方は、生活習慣病健診の補助の対象となりませんので、ご注意下さい。

※6
受診項目にチェックして下さい。

※7
税込の健診費用を記入して下さい。

※8
脳ドック・女子特別健診以外のオプション検査の内容を記入して下さい。