健康診断補助金申請書

健康診断（本人・家族）に対する補助金について、健診機関の領収書および健診結果表を添付し申請いたします。

					令和	年	月	日			
被保険者証 の記号番号	記号	番号	被保険者 氏名	フリガナ							
生年月日	昭和 平成	年	月	日	才	性別	男・女	TEL (日中の連絡先)			
健診を受けた方が 被扶養者の場合	氏名	フリガナ		生年月日	昭和 平成	年	月	日	才	性別	男・女
現住所	〒						自宅TEL				
事業所・部署名							携帯TEL				
健康診断を 受けた 医療機関	名称				受診日	令和	年	月	日		
	所在地										
健康診断に 要した 費用の内訳	種類		対象	支払金額		補助金額					
	☐ 人間ドック（日帰り）		40歳以上		円		円				
	☐ 胃部X線検査※人間ドック受診者は除く		40歳以上		円		円				
	☐ 子宮頸部細胞診		20歳以上		円		円				
	乳がん検査 (いずれか片方)	☐ 乳房超音波	35歳以上		円		円				
		☐ マンモグラフィー（2方向）			円		円				
	☐ 大腸がん検査（便潜血2回法） ※人間ドック受診者は除く		35歳以上		円		円				
	☐ 喀痰検査		40歳以上		円		円				
	☐ 腫瘍マーカー（PSA）※人間ドック受診時のみ		40歳以上		円		円				
	大腸検査 (いずれか片方) ※検査費用の3割目 つ上限10,000円	☐ 大腸内視鏡	50歳以上		円		円				
☐ 大腸CT				円		円					
☐ 脳ドック（MRI・MRA）		20歳代1回 35・45・ 50・55・ 60歳		円		円					
合計					円	円					
振込先情報	金融機関 コード	支店 コード	金融機関 名称	銀行		本店					
	預金種別	普通 当座	その他 ()	口座番号	口座名義 (カタカナ)	支店					

- ※注意 1. この申請書に①「健診機関の領収書」②「検査結果表（コピー可）」を合わせて提出して下さい。
 2. 受診日に健康保険の資格がない方は申請できません。
 3. 健康診断（本人・家族）の補助金は、当申請書に記載の金融機関口座に振り込みます。
 被保険者本人の口座名義をご記入下さい。

受付印

【送付先】

日本毛織健康保険組合

〒541-0048 大阪府大阪市中央区瓦町3丁目3番10号 電話:06-6205-6623