

記入例

人間ドック〔契約外〕補助金請求書

記号・番号		事業所名	
8888 - 5555		〇〇株式会社	
被保険者氏名		被保険者の住所	
〇〇〇〇		〒△△△-△△△△ 東京都〇〇区〇〇〇 △丁目△-△	
受診者氏名		生年月日	被保険者との続柄
〇〇□□		昭和50年 10月 10日	本人・ 家族
健診受診日	令和7年7月10日	実施機関名	〇〇クリニック
下記の項目について補助金を請求します。 (該当の番号に○をして金額を記入してください)		※健保記入欄	
① 人間ドック	41,800円	円	円
② マンモグラフィ	5,500円	円	円
3. 乳腺超音波	円	円	円
④ 子宮頸部細胞診	4,400円	円	円
5. P S A	円	円	円

【注意】 請求する項目の健診費用（消費税込）の記入がない場合、正確な審査が行えないため、返却させていただきます場合があります。

<質問票> 必ずご回答ください。

1	現在、以下の薬を服用していますか	
	a. 血圧を下げる薬	① はい ② いいえ
	b. インスリン注射又は血糖を下げる薬	① はい ② いいえ
	c. コレステロールを下げる薬	① はい ② いいえ
2	現在、たばこを習慣的に吸っていますか (※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。 条件1：最近1か月間吸っている 条件2：生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている)	① はい (条件1と条件2を両方満たす) ② 以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない (条件2のみ満たす) ③ いいえ (①②以外)
	下記疾患の既往歴がある場合は☑をしてください	
3	① 脳卒中 □脳梗塞 □くも膜下出血 □脳内出血 □その他 ()	
	② 心臓病 □狭心症 □心筋梗塞 □その他 ()	
	③ □慢性の腎不全 (人工透析) ④ □貧血	
4	自覚症状がある場合はご記入ください [特になし]	

【添付書類】

- 健診機関発行の領収書の原本（請求書の裏面に糊付けしてください。）
- 人間ドック結果表の写し

※健診結果表に下記項目の記載があるかご確認ください。

記載のない場合は補助の対象となりませんので受診者が確認のうえ、ご記入ください。

□ 健康診断を実施した医師の氏名 []

□ 腹囲 [cm]

※健保記入欄

補助額	円	特定健診部分の金額	円
-----	---	-----------	---

※欄は記入しないでください。

請求期限は 受診年度の翌年度5月末日健保組合に必着 です。

人間ドックの補助金請求について

健診の予約（実施）の前に「健康診査等補助金支給規程」と「人間ドック実施細則」をご一読ください。

◇ 下記事項についてご確認のうえ、補助金の請求をしてください。

健診実施時の注意	<ol style="list-style-type: none"> 「特定健診項目を含む指定検査項目」が全て実施可能な健診機関であること。 日本国内の健診機関であること。
請求書の記入要領	<ol style="list-style-type: none"> 太線枠内をすべて記入すること。 請求する項目の番号に○をし、その費用を記入すること。 ※○または金額の記載がない項目は補助金の審査を行いません。 ※マンモグラフィ・乳腺超音波はいずれか1項目の請求となります。 ※追加検査が人間ドックコースに含まれている（別途、追加費用が発生しない）場合は人間ドックとして補助しますので、追加検査項目に○の記入は不要です。
添付書類	<ol style="list-style-type: none"> 健診機関発行の領収書の原本で下記の記載があるもの。 (1) 追加検査項目を併せて受診した場合は「追加検査項目」と「その項目ごとの金額」記載がなく、正当な理由がない場合は補助の対象となりません。 <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin: 5px 0;">◎「乳がん検診」等の検診種別ではなく、「マンモグラフィ」等の検査項目の記載が必要です。</div> (2) 特定健診部分の金額 ※健保連の集合契約A料金と同額の場合は記載不要です。 ※年度内35歳～39歳の方は料金に係らず記載不要です。 健診結果表の写しで下記の項目があるもの。 「特定健診項目を含む組合指定検査項目」のある人間ドック結果表
補助金支給方法	この請求による補助金は、事業所を経由して支払います。 (任意継続被保険者は指定口座に直接振り込みます。)
補助金支給制限	次のいずれかに該当する場合は、補助の対象となりません。 <ol style="list-style-type: none"> 2日（1泊）ドックを受診した。 受診日に組合員資格を有していない。 受診する年度内（4月1日から翌年3月31日）に年齢が34歳以下。 この人間ドックを受診する以前、同年度内（4月から翌年3月）に「生活習慣病健診」「人間ドック」のいずれかを受診し補助を受けている。 請求期限（翌年度5月末日健保必着）を過ぎて提出されている。 受診前日からの飲食制限を守らなかった。 妊娠またはその可能性がある方（腹囲実測、胸部X線、上部消化管X線撮影等三井健保の指定検査項目が受診できないため） 指定検査項目に自己都合による未受診項目がある。 添付書類に不備がある。

☆ 添付書類を再度ご確認ください。（下記事項がない場合は補助の対象となりません。）

添付書類	確認項目	<input checked="" type="checkbox"/> チェック欄
健診結果表	①「総合判定」または「医師の判断（所見）」	<input type="checkbox"/>
	②「他覚症状」等の内科診察の所見	<input type="checkbox"/>
	③「健康診断を実施した医師の氏名」	<input type="checkbox"/>
	④「腹囲」	<input type="checkbox"/>
領収書	① 受診者の氏名（会社名のみは不可）	<input type="checkbox"/>
	② 追加検査項目を受けた場合は検査項目ごとの内訳	<input type="checkbox"/>

※当組合の『個人情報保護について』はウェブサイトをご覧ください。