

●紛失防止のため添付書類は補助金申請書左上にホチキスでとめてください。

|        |         |   |   |   |   |   |   |  |   |
|--------|---------|---|---|---|---|---|---|--|---|
| ※健保使用欄 | 支給年月日   |   |   |   |   |   |   |  |   |
|        | 年       | 月 | 日 |   |   |   |   |  |   |
|        | 人間ドック   | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 円 |  |   |
|        | 子宮頸がん検診 |   |   |   |   |   | 円 |  |   |
|        | 乳がん検診   |   |   |   |   |   | 円 |  |   |
|        | PSA検査   |   |   |   |   |   | 円 |  |   |
| 補助金合計  |         |   |   |   |   |   |   |  | 円 |

| ※健保使用欄 |     |    |    |    |
|--------|-----|----|----|----|
| 常務理事   | 事務長 | 係員 | 係員 | 担当 |
|        |     |    |    |    |

列の挿入や削除、入力項目以外への文字の追加や削除は行わないでください。

## 人間ドック補助金申請書

※補助金申請は、本申請書による申請とPep Upからの申請どちらか一方のみとなります。

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| ①被保険者記号・番号<br>※枝番不要                          | —  | ②被保険者氏名  |  |
| ③受診日   | 月 日  | ④健診機関名   |  |
| ⑤必要書類等<br><br>※チェックを付けてください。不足書類があると申請できません。 | A (サクサ健保契約健診機関) で受診された方  |  |  |
|  | <input type="checkbox"/> 領収書(原本)   |  |  |
|  | B (健保連人間ドック指定施設) で受診された方   |  |  |
|  | Bで受診した場合、健診結果(紙・XMLデータ(CD))の提出は必須です。   |  |  |
|  | 領収書  | 健診結果   |  |
|  | 紙  | CD(形式:XMLデータ)  |  |
| <input type="checkbox"/> 領収書(原本)             | <input type="checkbox"/> 健診結果  | <input type="checkbox"/> 本補助金申請書と一緒に提出<br><input type="checkbox"/> 健診機関から健保へ 月 日頃直送<br><input type="checkbox"/> 自分で受け取り 月 日頃健保提出予定<br><input type="checkbox"/> 提出できない(対応不可・作成依頼忘れ)<br>※健保から質問票を送付しますので記入をお願いします。 |  |
| ⑥オプション検査<br>※受診した方はチェックを付けてください              | <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診(子宮頸部細胞診)<br><input type="checkbox"/> 乳がん検診(マンモグラフィ)<br><input type="checkbox"/> 乳がん検診(エコー検査)<br><input type="checkbox"/> 乳がん検診(マンモグラフィ+エコー検査) ※マンモ・エコー両方受けた場合補助は一方のみです。 |  |  |
|  | <input type="checkbox"/> PSA(前立腺がん検査) <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカーセット検査に含む <input type="checkbox"/> 基本料金に含む   |  |  |

### 《提出先》所属会社の社会保険事務担当者

・任意継続被保険者の方は、健保へ送付してください。



### 《提出期限》1月第2金曜日厳守

- ・受診期間は、4月1日～12月31日迄です。受診後はすみやかに補助金申請を行ってください。
- ・在籍期間中の補助金の受領については、原則、事業主経由(給与支給)となります。
- ・任意継続被保険者の方は、当健保に登録された口座へ直接振込みます。