

健診等助成金申請書

郵送又は FAX、窓口にて申請してください。

20 年 月 日

6ケタの会員は左詰めで記入		
会員番号	<input type="text"/>	事業所名
	※自署の場合は押印不要	
フリガナ 会員氏名	<input type="text"/>	<input type="text"/>
健診日	20 年 月 日	

- ★申請資格は、健診時と申請時に会員であること。
- ★受診期間は、4月1日から翌年3月31日までです。 ★申請は年度1回限りで、翌年4月30日(当日消印有効)までです。
- ★複数健診の場合は、同一年度内であれば合算して申請できます。
- ★一般定期健診や健康保険適用診療は、全額自己負担でも対象外です。(手引きP10 参照)
- ★支給方法は**口座振り込み**

【申請に必要なもの】健診等助成金申請書(本書)、健診等内容確認できる領収証(コピー)

医療機関・健診機関等発行の領収証のコピーを添付してください。宛名は会員本人のフルネームで但し書に付加健診・がん検診・新型コロナウイルス感染症検査等の内容が確認できるもの。確認できない場合は、受診項目や明細など確認できるものを添付してください。

該当する助成項目を してご記入ください。個人負担金額を下記の9段階で助成します。

助成項目 ※健診内容が確認できる領収証(コピー)を添付			
<input type="checkbox"/> 付加健診(眼底検査、腹部超音波検査、血液学的検査、新型コロナウイルス感染症検査等) <input type="checkbox"/> がん検診(胃がん・乳がん・子宮がん・大腸がんなど) <input type="checkbox"/> ドック・脳ドック・PET・MRI 検診等			
<input checked="" type="checkbox"/> 記入	合計金額 (自己負担金額)	助成金額	支給方法・助成金額決定
<input type="checkbox"/>	1,000 円以上 2,000 円未満	500 円	申請口座へ振込み 領収証金額に一般健診金額が合算されている場合は、全額自己負担でも一般健診分を控除した金額で助成金額を決定します。 ※一般定期健診とは、身体計測、血圧測定、尿検査、血液検査、心電図検査、胸・胃部レントゲン検査等です。
<input type="checkbox"/>	2,000 円以上 4,000 円未満	1,000 円	
<input type="checkbox"/>	4,000 円以上 6,000 円未満	2,000 円	
<input type="checkbox"/>	6,000 円以上 8,000 円未満	3,000 円	
<input type="checkbox"/>	8,000 円以上 10,000 円未満	4,000 円	
<input type="checkbox"/>	10,000 円以上 12,000 円未満	5,000 円	
<input type="checkbox"/>	12,000 円以上 14,000 円未満	6,000 円	
<input type="checkbox"/>	14,000 円以上 16,000 円未満	7,000 円	
<input type="checkbox"/>	16,000 円以上	8,000 円	

振込み先

●助成金の振込先 下記のいずれかに <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。 <input type="checkbox"/> 登録されている本人口座へ振込む ➡ 右欄記入不要 <input type="checkbox"/> 登録されている事業所口座(会費引落口座)へ振込む ➡ 右欄記入不要 <input type="checkbox"/> 新規・変更登録して右記口座へ振込む ➡ 記入	振込先 金融機関名	銀行・信用金庫 労働金庫・農協	本店・支店・支所 出張所・営業所
	金融機関コード	店番	口座種類 1. 普通 2. 当座
	口座番号	カタカナ 口座名義人	

添付書類は裏面又は別紙へお願いします。

確認Ⓞ	入力Ⓞ	受付Ⓞ
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>