

任意継続用

契約外医療機関・健康診断 補助金申請書

※記入例を確認の上、ご記入ください。
 ※手書きの場合は、消えないボールペンでご記入ください。

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検査結果表を添付し申請いたします。

太枠内をすべて記入してください				令和 2 年 8 月 31 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 ケンポ タロウ			
	100	〇〇〇〇		健保 太郎			
生年月日	昭和 50 年 1 月 1 日 平成	45 才	性別	男・女	TEL (日中の連絡先)	090 (1234) 5678	
現住所	〒 123-4567 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 △△マンション456号				自宅TEL 03 (7891) 2345		
事業所・部署名					携帯TEL 090 (1234) 5678		
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	続柄
健康診断を受けた医療機関	名称	〇〇クリニック			受診日	令和 2 年 7 月 31 日	
	所在地	東京都〇〇区〇〇町1-2-3					
健康診断に要した費用の内訳	種類	対象	金額	支給金額 ※記入しないでください			
	※受診コースに☑をお願いします。						
	☑人間ドック（日帰り）	35歳以上	44,000 円	円			
	☐生活習慣病予防健診	35歳以上	円	円			
	☐脳MRI/MRA	40歳以上	円	円			
	☐脳ドック（特定健診項目を含む）	40歳以上	円	円			
	☐婦人健診	全年齢	円	円			
合計		44,000 円	円				

かかった金額全て (領収書と同じ金額) をご記入ください。

特定健康診査・特定保健指導のための階層化問診票 ※40歳以上の方は必ず全項目に回答ください。未記入の場合は、ご連絡させていただきます。		
1. 血圧を下げる薬を飲んでいますか？	はい	いいえ
2. インスリン注射または血糖を下げる薬を飲んでいますか？	はい	いいえ
3. コレステロールを下げる薬を飲んでいますか？	はい	いいえ
4. 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、「合計100本以上、または6カ月以上喫煙している者」であり最近1カ月も喫煙している者	はい	いいえ

因幡電機産業健康保険組合 〒532-0003 大阪府大阪市淀川区宮原4-1-6 電話06-6151-5247 Fax 06-6151-5248

- 注意 1. 健診後は、この申請書に①「健診機関の領収書の原本(コピー可)」と②「検査結果表(コピー可)」を添付の上、健診後3ヵ月以内に健康保険組合に申請してください。
 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、任意継続加入の際に指定された金融機関口座に振り込みます。

回答ください。

【個人情報・健診結果について】

個人情報と健診結果は、個人情報保護法のもと健康保険組合および委託会社であるバリューHRに提出されます。また健診結果については、健康管理、保健指導、労働基準監督署への定期健康診断結果報告などに活用いたします。同意の上ご申請ください。