

各種個別検診補助金申請書 兼 決定通知書 (記載例 赤字)

常務理事	事務長	担当者

申請日：令和 8 年 5 月 20 日

被 保 険 者 記 入 欄 ① ⑭	① 被保険者等		② 被保険者の氏名		③ 被保険者の生年月日		
	記号	番号	(フリガナ) シブサワ タロウ		昭和 <input checked="" type="checkbox"/>	平成 <input type="checkbox"/>	
	110	3000	澁澤 太郎		50	年 1 月 1 日	
	④ 被保険者の住所 〒 135 - 8513 東京都江東区永代 2丁目 37-28			⑤ 支給決定通知の送付先	(メールアドレス または FAX NO 等) を記入してください		
	東京都区江東区永代 2丁目 37-28			メール shibusawa-taro@shibusawa.co.jp			
	受診者の情報		⑥ 氏名 (フリガナ) シブサワ ハナコ	⑦ 生年月日	昭和 <input checked="" type="checkbox"/>	平成 <input checked="" type="checkbox"/>	⑧ 年齢 50 年 2 月 1 日
	澁澤 花子		⑨ 続柄	配偶者			
	⑩ 検診医療機関名/連絡先 聖路加国際病院予防医療センター				窓口電話番号 ☎	03-5550-xxxx	
	No	⑪ 検診項目	⑫ 指定検査項目 (最低1つは含まれること)		⑬ 受診日		⑭ 検診費用(税込)
	1	大腸内視鏡検査 <input checked="" type="checkbox"/> 対象年齢条件 40歳以上/3年度に1回	<input checked="" type="checkbox"/> 内視鏡による観察 <input type="checkbox"/> 生検・治療行為に移行した場合、その費用は対象外。		令和 8 年 5 月 12 日		30,000 円
2	脳ドック <input checked="" type="checkbox"/> 対象年齢条件 40歳以上/3年度に1回	<input checked="" type="checkbox"/> 脳MRI (磁気共鳴画像撮影法) <input checked="" type="checkbox"/> 脳MRA (磁気共鳴血管撮影法)		令和 8 年 5 月 12 日		25,000 円	
3	肺ドック <input checked="" type="checkbox"/> 対象年齢条件 40歳以上/1年度に1回	<input checked="" type="checkbox"/> 胸部CT検査 <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診		令和 8 年 5 月 12 日		33,000 円	
4	循環器ドック <input checked="" type="checkbox"/> 対象年齢条件 40歳以上/3年度に1回	<input checked="" type="checkbox"/> 心臓超音波検査 <input checked="" type="checkbox"/> 心臓MRI <input type="checkbox"/> 冠動脈MRA		令和 8 年 5 月 12 日		20,000 円	
合 計						108,000 円	
⑮ 任意継続被保険者または退職等で会社から補助金の受領ができない方は振込口座(被保険者名義のみ)をご指定ください。							
金融機関名		支店名	種別	口座番号	口座名義人(カタカナ)		
みずほ銀行		深川支店	普通	1234567	シブサワ タロウ		
【支給決定額】		支給決定日 令和 8 年 6 月 10 日				(承認印押印欄)	
66,500.- 円		支払方法 <input checked="" type="checkbox"/> 事業者経由 <input type="checkbox"/> 個人口座					
参 考		計 算 額		上 限 設 定 額			
1	大腸内視鏡検査	基本補助率 70パーセント	<input type="checkbox"/>	21,000 円	<input checked="" type="checkbox"/>	20,000 円	
2	脳ドック	基本補助率 70パーセント	<input checked="" type="checkbox"/>	17,500 円	<input type="checkbox"/>	30,000 円	
3	肺ドック	基本補助率 50パーセント	<input type="checkbox"/>	16,500 円	<input checked="" type="checkbox"/>	15,000 円	
4	循環器ドック	基本補助率 70パーセント	<input checked="" type="checkbox"/>	14,000 円	<input type="checkbox"/>	30,000 円	

【支給条件チェックシート】 以下の条件すべてに該当しなければ、補助を受けることができません。(にレ点を入れてください。)

- 受診者が、検診日当日に当健康保険組合の加入者(被保険者・任意継続被保険者・その被扶養者)であること。
- 受診者が、検診を受診した日の年度末(3月31日)までに、当該検診の対象となる年齢に到達していること。
- 各検診項目毎に定められた受診間隔(年度単位)を経過していること。(例 3年度内に1回等)
- 受診者が受けた検診に、⑫の指定検査項目が必ず1つは含まれていること。
- 当該検査の支払いに健康保険が適用されていないこと。
- 当該検査の支払いがすべて自費であり、他の補助(自治体の補助金等)が含まれていないこと。
- 受診者の検診項目⑪が、直近の会社の健診で、要精密検査(D判定)以上に該当していないこと。
⇒ 上記に該当する方は本制度の利用はできません。直接、専門医の診断・検査(保険適用)を受けてください。
- 補助金の申請時に、「申請書」に以下の書類を添付して当健康保険組合に提出いただくこと。
 - ① 領収書(原本) 記載事項 : 領収日 / 宛名(受診者 フルネーム) / 医療機関名 / 適用欄に●●検査・○○ドック代
 - ② 複数の検診(脳ドックと肺ドック等)を同時に受診した場合、個別に検診費用が確認できる明細
 - ③ 検診結果(写) 検診結果(写)は、検査項目の確認のために使用
- 任意継続被保険者であるか、または特段の理由がある場合を除き、本補助金を会社を通して支払うことに同意すること。

上記内容を確認いただけたら、被保険者様の署名をお願いします。

署名