

健 保 使 用 欄	伺年月日	年 月 日		常務理事	事務長		担当者
	支 給 額	人間ドック	円				
		脳ドック	円				
		乳 が ん	円				
		子宮がん	円				
		胃内視鏡検査	円				

各種補助金支給申請書

太枠内をご記入ください

静岡鉄道健康保険組合理事長殿

下記の通り申請します

住所
被保険者の
氏名

事業所名		被保険者の 記号 - 番号	-			
受診者氏名		年 齢	才	続柄	☐ 本人 ☐ 家族	
受診健診機関名		受 診 日	年 月 日			
検診等の種別と 支払った金額	1. 人間ドック	円	(補助額上限 30,000円)			
	2. 脳ドック・脳MRI等	円	(補助額上限 20,000円)			
	3. 乳がん検診	円	(補助額上限 6,000円)			
	4. 子宮がん検診	円	(補助額上限 4,000円)			
	5. 胃内視鏡検査	円	(補助額上限 5,000円)			
◆人間ドッグ受診の方は、下記の質問項目についてご記入ください ※健診結果の一部となります。						
質問項目（健診受診日時点の状況でお答えください）						
① 医師の処方により血圧を下げる薬を飲んでいる	はい・いいえ	既往歴				
② 医師の処方によりインスリン注射または血糖値を下げる薬を飲んでいる	はい・いいえ					
③ 医師の処方によりコレステロールを下げる薬を飲んでいる	はい・いいえ	自覚症状		あり（ ）・ なし		
④ タバコを習慣的に吸う	はい・いいえ・過去に吸っていた	他覚症状		あり（ ）・ なし		
確認欄（✓をつけてください）		この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。				
☐		①申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。				
委任条項	☐ 上記の申請について、事業主を代理人と定め、本補助金に関する権限を委任します。					
	年 月 日					

2024.12

- ※ 当組合契約健診機関で受診した場合は、補助金額は健診機関窓口での支払額から減額されておりますので申請不要です。(契約健診機関は「契約健診機関人間ドック料金・検査項目表」をご覧ください。)
- ※ 健診料金が補助金額未満の場合は実費を支給します。
- ※ 人間ドック・脳ドック（脳MRI検査等）の補助は、受診時に30歳以上の方が対象です。
- ※ 胃内視鏡検査の補助は、受診時に50歳以上の方が対象です。
- ※ 健康保険の適用(自己負担3割または2割)で受診した検査等の医療費は補助金の支給対象外です。
- ※ **申請締切日**：受診した日が属する年度の翌年度の4月10日 健保必着

【添付書類】

- 健診機関に支払った領収書原本
- 人間ドックの補助金申請は、「人間ドック結果報告書」コピーを添付してください。(巡回定期健康診断を受診した方を除く)
- 人間ドックのオプションとして脳MRI検査等を行った場合は、脳MRI検査等を行ったことが確認できる書類を添付してください。
- 受診後に当健康保険組合の資格を喪失された方は委任条項のチェックは不要です。
直接被保険者ご本人の口座へお振込みいたしますので、欄外に資格喪失（予定）日と振込口座をご記入ください。

受付日付印