

## 人間ドック等受診補助金交付申請書

年 月 日

大北勤労者互助会会長 様

会員番号

—

事業所名

会員氏名

人間ドック等を受診しましたので、関係書類を添えて申請します。貴会が必要と判断した場合は関係市町村、医療機関等に問い合わせても異存ありません。

|      |   |                        |
|------|---|------------------------|
| 請求金額 | 円 | (差額×20%) ※1,000円未満切り捨て |
|------|---|------------------------|

|       |                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 生年月日  | 年 月 日 (年齢 歳)                                                                                                                                                                                                                                        |
| 受診年月日 | 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                               |
| 受診病院名 |                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 対象検査  | 人間ドック(一泊・日帰り) ・ 脳ドック ・ オプション検査                                                                                                                                                                                                                      |
| 会員支払額 | 領収書の額 円                                                                                                                                                                                                                                             |
|       | 事業所の助成金 円                                                                                                                                                                                                                                           |
|       | 各種保険の助成金 円                                                                                                                                                                                                                                          |
|       | 差額 (会員支払額) 円                                                                                                                                                                                                                                        |
| 補助金額  | ◎一泊人間ドック 自己負担の1/2以内、上限10,000円<br>◎日帰り人間ドック 自己負担の1/2以内、上限5,000円<br>◎脳ドック 自己負担額が20,000円以上につき一律2,000円<br>◎生活習慣病予防健診や一般健診に合わせ、自己負担で同時受診した各種オプション検査のうち自己負担額が5,000円以上の場合<br>会員支払額×20% (1,000円未満切り捨て) 上限5,000円                                             |
| 添付書類  | 領収書(受診者及び検査の種類を明記したもの・写し可)                                                                                                                                                                                                                          |
| 補助対象者 | ◎受診年度内において35歳以上の会員で、人間ドックを個人で受診した場合に限ります。<br>◎脳ドックは、受診年度内において50歳以上の会員が対象となります。<br>◎対象となる会員支払額は、事業所や各種健康保険等からの助成金を除いた額となります。<br>◎会社全体での健康診断は該当しません。(ただし、事業所が負担する生活習慣病予防健診等に合わせ、自己負担で同時受診した各種オプション検査のうち自己負担額が5,000円以上の場合該当します)<br>◎受診後6か月以内に申請してください。 |
| 補助対象外 | ◎事業所に義務づけられている定期健康診断に変わる人間ドック<br>◎事業所が全額又は一部負担している人間ドックや各種オプション検査<br>◎協会けんぽの人間ドック(生活習慣病予防検診)<br>◎市町村で実施している各種検診等(がん検診やその他の検診)                                                                                                                       |

上記の金額を領収しました。

氏 名

印