

支給決定決議書	総額	円	決裁年月日	年	月	日
	本人負担	円	常務理事	事務長	担当者	担当者
	健保負担	円				
	支払年月日	令和	年	月	日	

## 健康保険 生活習慣病検診補助金申請書(被扶養者)

日本製紙健康保険組合 御中

申込年月日 令和 6 年 10 月 1 日

被 保 険 者	被保険者証の記号・番号	111 - 99999	被保険者の氏名・印	フリガナ ニッポン タロウ 日本 太郎	
	被保険者の勤務する事業所	名称	日本製紙株式会社		
		所在地	東京都千代田区神田駿河台4-6		
		所属	●●●●●	電話番号	000-000-0000

受 診 者	氏名	フリガナ ニッポン ハナコ 日本 花子	続柄	妻	
	生年月日	昭・平 ●●年●月●日(●●歳)	電話番号	000-000-0000	
	医療機関	名称	日本病院		
		所在地	東京都●●●●●1-1-1		
受診日	7 月 8 日 (金)	費用総額	17,500 円		
検 診 項 目 (受診項目に○印)	<input type="radio"/>	身長・体重・視力・聴力・血圧・尿	<input type="radio"/>	乳がん検診(マンモグラフィ)	い ず れ か
	<input type="radio"/>	腹囲(40歳以上)	<input type="radio"/>	乳がん検診(エコー)	
	<input type="radio"/>	胸部レントゲン	<input type="radio"/>	子宮頸がん検診(細胞採取)	
	<input type="radio"/>	血液検査	<input type="radio"/>	便潜血検査(2回法)	
	<input type="radio"/>	心電図(安静時12誘導)	<input type="radio"/>	ABC胃がんリスク検査(初めての方のみ)	
振込先(退職者のみ記載)	銀行	支店	普・当	口座番号	フリガナ名義

受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人(事業主)に委任します。					令和 6 年 10 月 1 日
	被保険者住所(申請者)	●●●●●●●●1-2-3				氏名
代理人(事業主)	所在地	名称				

### 注意事項

- ・健保補助額の上限 35歳未満の配偶者・・・15,000円 35歳以上の配偶者・・・25,000円
- ・必ず領収証(原紙)を添付してください。領収証の内訳には、受けた検診項目が明記されていること。
- ・健康保険の適用となる検査項目または医療行為を受診した場合は、申請対象外。
- ・事業所で実施している生活習慣病(主婦)健診に参加された方は、申請対象外。
- ・人間ドック、特定健康診査の補助金を申請された方は、申請対象外。
- ・健診案内冊子(ハピルス健診サイト)で受診された方は申請対象外。その中で受診してください。
- ・ABC胃がんリスク検査の補助は、初めて受診する方(未受診の方)限定です。

受 付 印