

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

日本製紙健康保険組合 御中

申込年月日 令和 年 月 日

被 保 険 者	被保険者証の記号・番号	-		被保険者の氏名・印	フリガナ		
	被保険者の勤務する事業所	名称					
		所在地					
		所属		電話番号			

受 診 者	氏名	フリガナ			続柄		
	生年月日	昭・平	年	月	日 (歳)	電話番号	
	医療機関	名称					
		所在地					
	受診日		月	日 ()	費用総額	円	
	検診項目 (受診項目に○印)		身長・体重・視力・聴力・血圧・尿			乳がん検診(マンモグラフィ)	
		腹囲(40歳以上)			乳がん検診(エコー)		
		胸部レントゲン			子宮頸がん検診(細胞採取)		
		血液検査			便潜血検査(2回法)		
		心電図(安静時12誘導)			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 年 月 日	
	被保険者住所 (申請者) 氏名						
	代理人所在地 (事業主) 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