

常務理事	事務長		担当

健康保険 被保険者 被扶養者 健診費用補助金支給申請書

被保険者証 記号番号	記号 番号	被保険者 氏 名	生年月日	昭和 平成	年	月	日
被保険者 住所	〒 電話 ( )						
事業所 名称							
受診者氏名	フリガナ	続柄	年齢	歳			
健診 について	受診日	受診医療機関名	健診の内容 該当するものに、「○」を付けてください。				
	令和 年 月 日		1. 定期健康診断				
	申請金額		2. 生活習慣病健診				
			3. 人間ドック				
			4. オプション検査				
			円 検査項目 ( )				

※受領委任する場合は、委任状を記入してください

委任状	<input type="checkbox"/> ①本申請に基づく補助金に関する受領を事業主に委任します。		←該当するものにチェック☑してください。		
	<input type="checkbox"/> ②本申請に基づく補助金に関する受領を下記代理人に委任します。		令和	年 月 日	
	被保険者 (申請者)	氏名			
	代理人 (実際に給付を受領する者)	氏名			

振込先情報	銀行 信金・信組		本店 支店
	支店番号	普通 当座	口座番号
	フリガナ 名義人		

受付日付印

【添付書類】 ●領収書原本 ●健診結果表(写)

健診コース	健保補助上限額(税込)		対象年齢	備考
	被保険者	被扶養者		
定期健康診断	15,000円	15,000円	34歳以下	胃X線より胃内視鏡への変更差額は窓口精算となります。
生活習慣病健診	30,000円	30,000円	35~39歳	
人間ドック	55,000円	55,000円	40歳以上	
<b>オプション検査(健保補助対象)</b>				
脳ドック	32,400円		50歳以上	
乳がん検診	乳がん検診、子宮がん検診 合わせて13,000円まで補助		35歳以上女性	乳がん検診はマンモグラフィーまたは乳房超音波 いずれかの選択制となります。
子宮がん検診				

- 受診日に当組合の資格のない方は申請できません。
- カフェテリアポイントを使用することはできません。

【送付先】 〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷5-23-5 代々木イーストビル8階  
セラクグループ健康保険組合