

※右欄は健康保険組合の使用欄

支給決定日	支給決定金額	常務理事	事務長	担当者
月 日	円			

人間ドック他、特定健診補助金支給申請書（令和●年度用）

* 申請できるのは、3つの内1つです。

受診項目	窓口支払額	受診年月日	令和 ● 年 4 月 20 日		
人間ドック	44, 000	健診機関名	第一健診センター		
生活習慣病健診		健診機関住所	東京都中央区〇〇8-9		
特定健診		tel	03 （ 1234 ） 5678		
フリガナ	ケンコウ ハナコ	生年月日	受診日年齢	被保険者との続柄	
受診者氏名	健康 花子	昭平〇〇年8月4日	57 歳	妻	
受診者住所	〒 000- 0000 東京都葛飾区××8-1 日中連絡の取れるTEL 03-〇〇〇〇-△△△△				

上記のとおり申請致します。 記入日：令和●年6月5日

クラシエ健康保険組合 御中

被保険者証の 記号・番号	1111 - 222222	所属事業所	××××(株)
フリガナ	ケンコウ タロウ		
被保険者氏名	健康 太郎		

※以下の内容をご確認のうえ、申請ください。（人間ドック、生活習慣病健診、特定健診とも）

対象年齢 (受診時)	人間ドック・・・満35歳以上、生活習慣病健診・・・満35歳以上 特定健診・・・40歳以上
必要添付書類 (すべて☑になっていますか?)	☒ 領収証原本(「特定健診料〇〇円を含む」という記載が必須です) ☒ 問診票1.2 ☒ 健診結果表(写)
必須検査項目	別紙参照。 人間ドック、生活習慣病健診、特定健診の「必須検査項目」を健診機関にご確認ください。 必須検査項目に不備があると補助金対象になりませんのでご注意ください。
受診期間及び 申請受付期限	令和●年4月～令和▲年2月末日までに受診の上、 令和▲年3月10日までに申請してください。(健保必着)
その他	補助は1会計年度(4月1日～翌年3月31日)1人1回限りです。

※任意継続被保険者と1～2ヶ月以内に退職される方は下記に振込先をご記入ください。

(退職予定日：令和 年 月 日)

振込先	銀行名(コード)	本・支店名(コード)
	()	()
	口座の種類・番号	口座名義(漢字・カナ)
	普・当	

問合せ先・送付先 クラシエ健康保険組合 〒541-0053 大阪市中央区本町2-1-6 堺筋本町センタービル2階