

支給決定日	支給決定金額	常務理事	事務長	係
年 月 日	¥			

令和 年度	款	保健事業費	項	保健事業費	目	疾病予防費
-------	---	-------	---	-------	---	-------

## 人間ドック補助金請求書 (事業主が支払った場合)

事業所記号	
事業所名称	
医療機関の名称	複数の場合は 代表を1ヶ所
実施人数	人
補助金請求金額	円

上記のとおり、人間ドックを受診しましたので、補助金を請求します。

年 月 日

事業所所在地

名 称

事業主氏名

兵庫県建築健康保険組合理事長 様

払渡希望の銀行名	種別	当座 普通	フリガナ
銀行 支店	口座 番号		名義人

**(留意事項)**

- 1 補助対象者 当年度4月1日現在、**35歳**以上の被保険者・被扶養者
- 2 補助金額 1泊2日、日帰り、2時間 **いずれも10,000円(毎年度1回)**
- 3 受診期間 当年度4月1日～1月31日
- 4 添付書類 **所定の受診者名簿、領収書(コピー)、健診結果 全ページ(コピーは縮小しないでください)、質問票(40歳以上の方のみ)**
- 5 提出期限 当年度2月末日まで

※ 一般の健康診断に複数項目のオプションを追加して、人間ドック並みの健診内容を受診されても補助の対象にはなりません。

※ 特定の疾病にかかっているかどうかの検診(PET、脳ドック、肺ドック等)は補助対象外です。

領収書 必須項目	① 受診者氏名 ② 受診日 ③ 受診費用(オプション額は除く) ④ 医療機関所在地、名称 ⑤ 『人間ドック受診料』と記載されていること ※ 医療機関へ振込みをされた場合は、利用明細票・ネットバンキング振込明細表 等 振込みされたことが分かる書類(コピー)を添付してください。 また、医療機関からの請求書(請求明細書等)に受診内訳の記載がある場合は、コピーを 添付してください。
-------------	---

## 人間ドック補助金受診者名簿 (事業主が支払った場合)

事業所記号		医療機関の名称					
被保険者番号	受診者氏名	続柄	年齢 <small>当年度4/1現在</small>	受診日	種別 <small>○でかこんでください</small>	支払額 <small>(オプション除く)</small>	補助金請求額
			歳		1泊 日帰り 2時間	円	円
			歳		1泊 日帰り 2時間	円	円
			歳		1泊 日帰り 2時間	円	円
			歳		1泊 日帰り 2時間	円	円
			歳		1泊 日帰り 2時間	円	円
			歳		1泊 日帰り 2時間	円	円
			歳		1泊 日帰り 2時間	円	円
			歳		1泊 日帰り 2時間	円	円
			歳		1泊 日帰り 2時間	円	円
			歳		1泊 日帰り 2時間	円	円
			歳		1泊 日帰り 2時間	円	円
			歳		1泊 日帰り 2時間	円	円
			歳		1泊 日帰り 2時間	円	円
			歳		1泊 日帰り 2時間	円	円
			歳		1泊 日帰り 2時間	円	円
			歳		1泊 日帰り 2時間	円	円
			歳		1泊 日帰り 2時間	円	円
						計	円

※ 被保険者番号順に記入してください。

※ 医療機関が複数ある場合は、医療機関ごとに受診者名簿を作成してください。

支給決定伺	支給決定金額	常務理事	事務長	係
年 月 日	¥			

令和 ○ 年度	款	保健事業費	項	保健事業費	目	疾病予防費
---------	---	-------	---	-------	---	-------

## 人間ドック補助金請求書 (事業主が支払った場合)

事業所記号	999
事業所名称	株式会社 ○○○
医療機関の名称	○○○○健診センター <small>複数の場合は 代表を1ヶ所</small>
実施人数	3 人
補助金請求金額	30,000 円

上記のとおり、人間ドックを受診しましたので、補助金を請求します。

年 月 日

事業所所在地 神戸市△△区△△町△-△  
名称 株式会社 ○○○  
事業主氏名 代表取締役 ○○ △△

兵庫県建築健康保険組合理事長 様

払渡希望の銀行名	種別	当座	普通	フリガナ	カブシキカイシャ 株式会社 ○○○
○○○ 銀行 信金 ○○ 支店	口座 番号	1234567		名義人	

### (留意事項)

- 補助対象者 当年度4月1日現在、35歳以上の被保険者・被扶養者
- 補助金額 1泊2日、日帰り、2時間 **いずれも10,000円(毎年度1回)**
- 受診期間 当年度4月1日～1月31日
- 添付書類 所定の受診者名簿、領収書(コピー)、健診結果 全ページ(コピーは縮小しないでください)、質問票(40歳以上の方のみ)
- 提出期限 当年度2月末日まで

※ 一般の健康診断に複数項目のオプションを追加して、人間ドック並みの健診内容を受診されても補助の対象にはなりません。

※ 特定の疾病にかかっているかどうかの検診(PET、脳ドック、肺ドック等)は補助対象外です。

領収書 必須項目	① 受診者氏名 ② 受診日 ③ 受診費用(オプション額は除く) ④ 医療機関所在地、名称 ⑤ 『人間ドック受診料』と記載されていること ※ 医療機関へ振込みをされた場合は、利用明細票・ネットバンキング振込明細表 等 振込みされたことが分かる書類(コピー)を添付してください。 また、医療機関からの請求書(請求明細書等)に受診内訳の記載がある場合は、コピーを 添付してください。
-------------	---

人間ドック補助金受診者名簿 (事業主が支払った場合)

事業所記号		999		医療機関の名称		〇〇〇〇健診センター	
被保険者番号	受診者氏名	続柄	年齢 <small>当年度4/1現在</small>	受診日	種別 <small>〇でかこんでください</small>	支払額 <small>(オプション除く)</small>	補助金請求額
1234	健保 太郎	本人	42 歳	〇.〇.〇	1泊 日帰り 2時間	40,000 円	10,000 円
2345	健保 次郎	本人	50 歳	〇.〇.△	1泊 日帰り 2時間	40,000 円	10,000 円
3456	健保 花子	本人	40 歳	△.△.〇	1泊 日帰り 2時間	25,000 円	10,000 円
			歳		1泊 日帰り 2時間	円	円
			歳		1泊 日帰り 2時間	円	円
			歳		1泊 日帰り 2時間	円	円
			歳		1泊 日帰り 2時間	円	円
			歳		1泊 日帰り 2時間	円	円
			歳		1泊 日帰り 2時間	円	円
			歳		1泊 日帰り 2時間	円	円
			歳		1泊 日帰り 2時間	円	円
			歳		1泊 日帰り 2時間	円	円
			歳		1泊 日帰り 2時間	円	円
			歳		1泊 日帰り 2時間	円	円
			歳		1泊 日帰り 2時間	円	円
						計	30,000 円

※ 被保険者番号順に記入してください。

※ 医療機関が複数ある場合は、医療機関ごとに受診者名簿を作成してください。