

支給決定日	支給決定金額	常務理事	事務長	係
年 月 日	¥			

令和〇年度	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 (受診者が支払った場合)

記号	999	事業所名称	株式会社 ○○○			
番号	99	被保険者氏名	健保 太郎			
受診者氏名	健保 太郎		年齢 当年度4/1現在	50 歳	続柄	本人
受診日	○ 年 ○ 月 ○ 日	医療機関の名称		○○○○		
支払額 (オプション額除く)	42,000 円		XMLデータ作成費用		330 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 被保険者住所 神戸市○○区○○町○-○ 被保険者氏名 健保 太郎 兵庫県建築健康保険組合理事長 様						

補助金は、事務費の軽減等を図るため、事業所の口座に振込みをさせていただきますので、委任欄に記名をしてください。ご理解とご協力をお願いします。 ※払渡希望銀行名は事業所の口座を記入してください。

委任欄	この補助金の受領を下記代理人に委任します。					
	被保険者氏名	健保 太郎				
	代理人 事業所所在地 名称 事業主氏名	神戸市△△区△△町△-△ 株式会社 ○○○ 代表取締役 ○○ △△				

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

(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 15,000円以内の実費(毎年度1回)
健診結果データをXMLにより作成した場合、その費用の実費
- 受診期間 当年度4月1日～1月31日
- 添付書類
・領収書(コピー可)
・健診結果 紙(全ページ必要。コピーは縮小しないでください。)
またはXMLデータ(健診実施医療機関に依頼を要する)
- 提出期限 事業主を経由して当年度2月末日までに

令和6年度より変更になりました
以前の質問票は使用できません

※ 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
-------------	--