

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	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	XMLデータ作成費用	990 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	
○○○ 銀行 信金 ○○ 支店	口座番号	1234567	名義人	カブシキカイシャ 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 **・所定の受診者名簿**
・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 当年度2月末日まで

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 ※ 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	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	40,000 円	15,000 円	
2345	健保 次郎	本人	50 歳	〇.〇.△	40,000 円	15,000 円	
3456	健保 花子	本人	40 歳	△.△.〇	25,000 円	15,000 円	
			歳		円	円	
			歳		円	円	
			歳		円	円	
			歳		円	円	
			歳		円	円	
			歳		円	円	
			歳		円	円	
						計	45,000 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。