

健康診査助成金等申請書 記入例

別記第4号様式

健康診査助成金等申請書						
支 部 名	① 北 建 支部					
被 保 険 者 証 番 号	北 建	3	0	-	1	
受診者の氏名・続柄 ・生年月日・年齢	② 氏名 北 建太郎 続 柄 (本人) 昭和・平成45年7月31日生 (46歳)					
健康診査 受診年月日	③ 平成 28 年 4 月 1 日					
健康診査を実施した 医療機関	所 在 地	札幌市豊平区平岸〇条〇丁目〇〇-〇〇				
	④ 医療機関名称	ほっけん健診クリニック				
	担当医氏名	健 診 太 郎				
健康診査の費用額 ※保険診療内での 健診は対象外です	⑤ 10,000 円 (受診者あての領収書並びに検査項目の明細を添付して下さい。)					
受診した項目にチェックを付けて下さい。 (各項目の受診結果書類の写しを添付して下さい。)	<input checked="" type="checkbox"/> 基本健診 <input checked="" type="checkbox"/> 成人病健康診査(検査結果を添付して下さい。) <input type="checkbox"/> 人間ドック(検査結果を添付して下さい。) <input type="checkbox"/> 一般健診 <input type="checkbox"/> X線検査(胸部・胃部) <input type="checkbox"/> 心電図検査 <input type="checkbox"/> 眼底検査 <input type="checkbox"/> 貧血検査 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症検査 <input type="checkbox"/> アスベスト検診 <input type="checkbox"/> その他(上記以外の検診) () <input checked="" type="checkbox"/> ガン検診のうち <input type="checkbox"/> 肺ガン検査 <input checked="" type="checkbox"/> 胃ガン検査 <input type="checkbox"/> 大腸ガン検査 <input type="checkbox"/> 前立腺ガン検査 <input type="checkbox"/> 婦人科検診のうち(乳ガン検査 <input type="checkbox"/> 子宮ガン検査) <input type="checkbox"/> 脳ドック等脳に係る検診					
特定健康診査受診券 (40歳以上)	⑦ (使用・未使用) どちらかに○を付けて下さい。					
上記のとおり健康診査を受診したので、助成金を申請します。 平成 28 年 4 月 1 日 組合員氏名 北 建太郎 (北)						
上記のとおり、健康診査に係る申請がありましたので、関係書類を添えて提出します。 平成 年 月 日 北海道建設国民健康保険組合 支部長 (印)						
北海道建設国民健康保険組合理事長 様						
審 査 決 定	基本健診費用額(A)	特定健康診査費用額(B)	助成対象外費用額(C)	助成対象額(D) (A-B-C)	基本健診 助成決定額(E)	特定健康診査助成決定額(F)
	ガン検診費用額(G)		ガン検診 助成対象額(H)		ガン検診 助成決定額(I)	助成金額合計(M) (E+F+I+L)
	脳ドック等費用額(T)		脳ドック等 助成対象額(K)		脳ドック等 助成決定額(L)	

❶ 所属する支部名を記入してください。

❷ 受診者の氏名・続柄・生年月日・年齢・被保険者証番号・特定健康診査受診券番号(特定健診受診時以外は不要)をそれぞれ記入してください。

❸ 受診年月日を記入してください。

❹ 医療機関所在地・名称・担当医師名をそれぞれ記入してください。

❺ 健康診査費用を記入してください。

❻ 受診した検査項目について、該当項目の○に✓を付けてください。

❼ 特定健診を受診した場合は、「使用」または「未使用」に○を記入してください。

健康診査助成金について

1. 助成対象者

受診する年度の4月1日現在、被保険者であって、家族はさらに受診時に20歳以上の方。

2. 助成回数

助成回数は1年度1回ですが、健診項目が異なる場合は助成対象となります。

3. 助成の額

健康診査の費用額	年間助成額
15,000円以内	全 額
15,001円～25,000円	15,000円
25,001円～35,000円	18,000円
35,001円以上	20,000円