健康診査助成金等申請書　記入例

別記第４４号様式

健康診査助成金等申請書

支部名 ❶	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 ❷	氏名 北　建太郎	続柄（本人）
	（昭和）・平成 45 年 7 月 31 日生（ 49 歳）	
健康診査 受診年月日 ❸	令和 元 年 5 月 1 日	
健康診査を実施した医療機関 ❹	所在地	札幌市豊平区平岸〇条〇丁目〇〇−〇〇
	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 ❺	10，000 円 （受診者あての領収書並びに受診結果書類の写しを添付して下さい。）	
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。） ❻	☑ 基本健診 ☑ 成人病健康診査 ○ 人間ドック ○ 一般検診 ○X線検査（胸部・胃部）　○心電図検査　○眼底検査　○貧血検査 ○ 骨粗しょう症検査 ○ アスベスト検診 ○ その他（上記以外の検診）　（　　） ☑ ガン検診のうち ○肺ガン検査　☑胃ガン検査　○大腸ガン検査　○前立腺ガン検査 ○婦人科検診のうち（○乳ガン検査　○子宮ガン検査） ○ 脳ドック等脳に係る検診	
特定健康診査受診券（４０歳以上） ❼	（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。

令和 元 年 5 月 1 日

組合員氏名　北　建太郎　㊞

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。

令和　　年　　月　　日

北海道建設国民健康保険組合　　支部長　㊞

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)	特定健診助成 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 (J)		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