

- ◆ 健診受診期間 4月1日～翌年3月31日
- ◆ 補助金申請期間 4月16日～翌年4月10日必着(健診が全て終了後、1回にまとめて申請してください。年度に1回限り)

常務理事	事務長	責任者	扱員	受付

人間ドック
肺・胃・大腸がん検診
婦人科がん検診

被扶養者(家族)及び任意継続加入者の 補助金支給申請書

	<input type="checkbox"/> 点チェックしてください。添付書類	申請書提出先 ●会社(事業所)の健康保険取り扱い窓口(総務・人事・管理課等) *ヤマハ健保へ直接送付しないでください。 ●任意継続加入の方は、直接、ヤマハ健保へ提出 *受領委任欄の記入は不要です。
人間ドック	<input type="checkbox"/> 領収書(原本) ※料金が受診項目別に記載された領収書を提出	
	<input type="checkbox"/> 健診結果(コピー)	
	<input type="checkbox"/> 健康診断問診票 ※P11を記入	
肺・胃・大腸がん検診 婦人科がん検診	<input type="checkbox"/> 領収書(原本) ※料金が、検診別に記載された領収書を提出	
	<input type="checkbox"/> 市区町村の「がん検診案内」 ※対象者のみ	

		受診年月日	支払い額(税込)	受診された医療機関	健保記入欄 補助金対象額	健保記入欄 支給決議額	備考
特定健診		<input type="checkbox"/> 年 月 日					
人間ドック		<input type="checkbox"/> 年 月 日					
がん検診 肺・胃・大腸	肺がん検診(X線検査)	<input type="checkbox"/> 年 月 日					
	胃がん検診(X線検査)	<input type="checkbox"/> 年 月 日					
	胃がん検診(胃カメラ)	<input type="checkbox"/> 年 月 日					
	大腸がん検診(便検査)	<input type="checkbox"/> 年 月 日					
婦人科がん検診	乳がん(視触診)	<input type="checkbox"/> 年 月 日			計	計	計
	乳がん(マンモグラフィ)	<input type="checkbox"/> 年 月 日					
	乳がん(乳房エコー)	<input type="checkbox"/> 年 月 日					
	子宮がん検査(内診・細胞診)	<input type="checkbox"/> 年 月 日					

申請者記入欄

被扶養者(受診者)	受診者名	フリガナ	生年月日	昭和 平成	年	月	日(歳)
	住所	〒	TEL (日中の連絡先)	-			
被保険者	被保険者等 記号番号	記号	番号	事業所名			
	被保険者 氏名	フリガナ	部 門 部 課 名		メー ル B O X 【 】		
受領委任欄 被保険者(社員)が記入	年 月 日 被保険者氏名						
事業所の健保担当者が 押印	本支給申請書に基づく補助金の受領を 事業所名 事業所名をゴム印で押印してください。 に委任します。						

※1カ月以内にご退職予定で、任意継続に加入されない方は、振込先確認のため健保へご連絡ください。