

- ◆ 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(年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

家族の 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ご提出ください。	
	<input type="checkbox"/>	健診結果(コピー)	
	<input type="checkbox"/>	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ご提出ください。	
	<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)		補助金対象額	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				
が肺 ん胃 検 診 大腸	肺がん検診(X線検査)	<input type="checkbox"/>	年 月 日				人間ドック
	胃がん検診(X線検査)	<input type="checkbox"/>	年 月 日				肺がん
	胃がん検診(胃カメラ)	<input type="checkbox"/>	年 月 日				胃がん
	大腸がん検診(便検査)	<input type="checkbox"/>	年 月 日				大腸がん
婦人科がん検診	乳がん(視触診)	<input type="checkbox"/>	年 月 日				計
	乳がん(マンモグラフィ)	<input type="checkbox"/>	年 月 日				乳がん
	乳がん(乳房エコー)	<input type="checkbox"/>	年 月 日				子宮がん
	子宮がん検査(内診・細胞診)	<input type="checkbox"/>	年 月 日				

今年度実施の健診について健診機関名をご記入ください。

特定健診 人間ドック		乳がん	
肺・胃・大腸がん		子宮がん	
被保険者	保険証	記号	番号
	(フリガナ) 被保険者 氏名	事業所名	
受診者	(フリガナ) 受診者 氏名	(男・女)	生年月日
	住所		昭和 平成
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。