

- ◆ 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

	✓点チェックしてください。添付書類	申請書提出先
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	●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。
肺・胃・大腸がん検診 婦人科がん検診	<input checked="" 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 checked="" 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)	受診された健診機関名	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 checked="" type="checkbox"/> R7年4月25日					
人間ドック	<input type="checkbox"/> 年 月 日					
肺・胃・大腸 がん検診	肺がん検診(X線検査)	<input checked="" type="checkbox"/> R7年4月25日	1000	〇〇クリニック		
	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 checked="" type="checkbox"/> R7年4月25日	300	〇〇検診センター		
婦人科がん検診	乳がん(視触診)	<input type="checkbox"/> 年 月 日			計	計
	乳がん(マンモグラフィ)	<input checked="" type="checkbox"/> R7年4月25日	3100	〇〇レディースクリニック		
	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 checked="" type="checkbox"/> R7年4月25日	1700	〇〇レディースクリニック		

申請者記入欄

被扶養者(受診者)	受診者名	フリガナ ヤマハ ハナコ 山葉 花子	生年月日	昭和 49年 4月 5日(50歳) 平成
	住所	〒 000-1111 静岡県〇〇市〇〇区〇〇町11-1 TEL (日中の連絡先) 090-1234-5678		
被保険者	被保険者等記号番号	記号 1 番号 123456	事業所名	ヤマハ株式会社
	被保険者名	フリガナ ヤマハ 知 山葉 太郎	部門名	東京事務所 メールBOX 【 KH2 】
受領委任欄 被保険者(社員)が記入	R7年4月30日 被保険者氏名 山葉 太郎			

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。
--------------	---