

※補助金申請は年1回です

◆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 **注1**

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

# 補助金支給申請書

☆申請書を提出される前に添付書類等をご確認の上、チェック欄をチェックしてください。

チェック欄	添付書類及び確認事項		申請書提出先	
<b>・人間ドック</b> ★被保険者(社員)の方へ 会社の定期健診を受診(または、受診予定)の方は申請できません。二重受診の場合は、ドック補助金を返納していただきます。	① 領収書(原本)	<婦人科がん検診を同時受診された方へ> 婦人科がん検診の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。	<b>申請書提出先</b> ●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。 *各会社(事業所)の提出先一覧を「ヤマハ健保ホームページ」からご覧いただけます。 ●任意継続加入の方 ⇒直接、ヤマハ健保へ提出 *受領委任欄の記入は不要です。	
	② 健診結果の写し	全ての頁(血液検査結果を含む)		個人情報の為、封入してご提出ください。
	③ 問診票(P15を記入)	★今年度、会社の定期健診を受診しない(被保険者(社員)のみ記入)		
<b>・肺・胃・大腸がん検診</b> <b>・婦人科がん検診</b>	① 領収書(原本)	「検診別の料金」が明記されていない場合は、健診機関へ記載の依頼をしてください。	●任意継続加入の方 ⇒直接、ヤマハ健保へ提出 *受領委任欄の記入は不要です。	
	② 市区町村の「がん検診案内」	対象者のみ(お手元にある場合)		

注意事項：受診項目に○がない場合、補助金支給の算定対象になりません

受診項目及び補助金を申請する項目に、必ず○を付けてください。⇒	受診項目	補助金申請項目	受診年月日	支払った健診料(円)
特定健診			年 月 日	
人間ドック			年 月 日	
がん検診 (社員は対象外)	肺がん検診(X線検査)		年 月 日	
	胃がん検診(X線検査)		年 月 日	
	胃がん検診(内視鏡) (胃カメラ)		年 月 日	
	大腸がん検診(便検査)		年 月 日	
婦人科がん検診	乳がん	視触診	年 月 日	
		マンモグラフィ(乳房X線)	年 月 日	
		乳房エコー	年 月 日	
	が子宮	頸がん検査	年 月 日	
		体がん検査	年 月 日	

健保組合記入欄			
	補助金対象額	支給決議額	備考
人間ドック			
肺がん			
胃がん			
大腸がん			
計			
乳がん			
子宮がん			

今年度実施の健診について健診機関名を全てご記入ください。

特定健診 人間ドック	TEL	乳がん	TEL
肺・胃・大腸がん	TEL	子宮がん	TEL

被保険者	保険証	記号	番号	被保険者氏名	〒				
	事業所名			部 課 名					
	職場TEL(外線)			内線TEL	メールNo				
受診者	(フリガナ)受診者氏名	生年月日	昭和・平成	年	月	日			
	性別	男・女	年齢	歳	被保険者との続柄				
委任受領欄	被保険者(社員)が記入・捺印	平成	年	月	日	被保険者氏名	捺印	〒	自宅TEL
事業所の健保担当者が記入・捺印	本支給申請書に基づく補助金の受領を事業所名						〒	に委任します。	

※退職後、任意継続に加入されない方のみ下記にご記入ください。(ゆうちょ銀行以外をお選びください。)

振込先	金融機関名	本・支店名	預金の種類	預金の番号	名 義 人 名
			普通・当座		(フリガナ)

注1 4月10日必着。やむを得ず申請期限を過ぎる場合は、事前に必ずヤマハ健保へご連絡ください。

被保険者(社員)は必ず押印ください。