

※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	抜 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	
・人間ドック ★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。	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。 *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)		
・肺・胃・大腸がん検診 ・婦人科がん検診	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。		
	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

健保組合記入欄

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)	補助金対象額	支給決議額	備考
特定健診			30年4月10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)		30年4月10日	1,050			
	胃がん検診(X線検査)		30年4月10日	5,250			
	胃がん検診(内視鏡) (胃カメラ)		年 月 日				
	大腸がん検診(便検査)		30年4月10日	1,050			
婦人科がん検診	乳がん		30年4月10日	1,575			
	マンモグラフィ(乳房X線)		年 月 日				
	乳房エコー		30年4月10日	3,150			
	子宮がん		30年4月10日	3,150			
	頸がん検査		30年4月10日	3,150			
	体がん検査		年 月 日				
計							

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	クリニック	TEL 03-111-1111	乳がん	クリニック	TEL 03-111-1111
肺・胃・大腸がん	クリニック	TEL 03-111-1111	子宮がん	クリニック	TEL 03-111-1111

被保険者	保険証	記号 1	番号 123456	被保険者氏名	山葉 太郎 (印)	
	事業所名	ヤマハ(株)		部 課 名	東京事務所	
	職場TEL(外線)	03-4234-5678		内線TEL	3456	メールNo
受診者	(フリガナ)受診者氏名	ヤマハ ハナコ		生年月日	昭和・平成 36年 1月 1日	
	受診者氏名	山葉 花子		性別	男・女	年齢 57歳
委任受領欄	被保険者(社員)が記入・捺印	平成 30年 5月 10日		被保険者氏名	山葉 太郎	
	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		捺印	(印) に委任します。	

被保険者(社員)は必ず押印ください。

※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。