

有印文書につき F A X 送信は受け付けられません。

(予防 5)

健診実施結果報告書 (事業所担当者用)

(兼) 補助金請求書

令和 年 月 日

1. 健診の区分のいずれか一つに 申請は、各々提出してください。		40 歳以上の被保険者 (本人) ・ 被扶養者 (家族) の健診 (補助額上限 28,000 円) <u>健診結果 (コピー可) を添付</u>
		30 歳以上 39 歳までの被保険者 (本人) の健診 (補助額上限 12,000 円)
		39 歳までの被扶養者 (家族) の健診 (補助額上限 15,000 円)
		女性 40 歳以上の被保険者 (本人) ・ 被扶養者 (家族) の婦人科健診 (補助額上限 15,000 円)
2. 健診料総額	円	
3. 健保負担額	円	内訳 (補助金額別にご記入下さい 例 . 28,000 円 × 10 人 = 280,000 円)
4. 受診日	自 平・令 年 月 日	~ 至 平・令 年 月 日
5. 受診者数	名	
6. 事業所名称		8. 担当者の保険証の記号・番号
7. 担当者の氏名		

受付印

委任状
保健事業実施補助金の受領を (受任者) に委任いたします。
代表する被保険者 (委任者) 氏名 (7. 担当者が委任者となります)

--

7. 欄の担当者 と委任状欄の代表する被保険者 (委任者) は同一のものに限ります。

被保険者の健診 (婦人科検診 ・ 二次健診を除く) の補助対象額は、健診総費用から法定健診該当部分 6,000 円を控除したものととなります。

被扶養者には控除額はありませぬ。

受診者名簿と「健診料の領収書 (金融機関の振込金受取証等) ・ 受診者各自の健診料がわかる明細」 (コピー可) を添付してください。

40 歳以上の被保険者の健診には、健診結果 (コピー可) を必ず添付してください。

伊藤忠連合健康保険組合