【被保険者用】

申請日： 年 月 日

東亜合成健康保険組合 御中

人間ドック・予防検診 補助金支給申請書

次の通り、【人間ドック・予防検診】を受診しましたので補助金の支給を申請します。

○太枠内をご記入ください。

記号 - 番号	事業所名称（保険証に記載の事業所名称）		
-			
受診者の	氏 名	年 齢	続 柄
受診年月日	年 月 日		
受診した医療機関名称			
支払った金額	円		
・直近の会社の定期健康診断は、いつ受診されましたか？ 年 月 日			
・人間ドックを受診された方はご回答ください。今回は会社が実施する節目ドックの対象者としての受診ですか？ はい いいえ			

※申請書には必ず「領収書(原本)」と「検査項目と検査費用が分かる明細書」の添付が必要です。

事業所記入欄	申請者は当年度の定期健康診断時に、健保負担のオプション検診を受けていますか？		
	はい いいえ		
	備 考		担当者印

健保組合記入欄	支給決定額	円	受付印

〈 記入例 〉
【被保険者用】

申請日： 年 月 日

東亜合成健康保険組合 御中

人間ドック・予防検診 補助金支給申請書

次の通り、【人間ドック・予防検診】を受診しましたので補助金の支給を申請します。

○太枠内をご記入ください。

記号 - 番号	事業所名称（保険証に記載の事業所名称）		
10 - 99999	東亜合成（株）		
受診者の	氏名	年齢	続柄
	東亜 太郎	45歳	本人
受診年月日	2024 年 6 月 20 日		
受診した医療機関名称	○△□クリニック		
支払った金額	35,000 円		
・直近の会社の定期健康診断は、いつ受診されましたか？ 2023 年 5 月 25 日			
・人間ドックを受診された方はご回答ください。今回は会社が実施する節目ドックの対象者としての受診ですか？ ☒ はい ☐ いいえ			

※申請書には必ず「領収書(原本)」と「検査項目と検査費用が分かる明細書」の添付が必要です。

事業所記入欄	申請者は当年度の定期健康診断時に、健保負担のオプション検診を受けていますか？		
	はい ☐ いいえ ☐		
	備考		担当者印

健保組合記入欄	支給決定額	円	受付印

< 記入例 >
【被保険者用】

申請日： 年 月 日

東亜合成健康保険組合 御中

人間ドック・予防検診 補助金支給申請書

次の通り、【人間ドック・予防検診】を受診しましたので補助金の支給を申請します。

○太枠内をご記入ください。

記号 - 番号	事業所名称（保険証に記載の事業所名称）		
10 - 99999	東亜合成（株）		
受診者の	氏名	年齢	続柄
	東亜 花子	29歳	本人
受診年月日	2024 年 6 月 20 日		
受診した医療機関名称	○△□クリニック		
支払った金額	19,000 円		
・直近の会社の定期健康診断は、いつ受診されましたか？ 2024 年 6 月 20 日			
・人間ドックを受診された方はご回答ください。今回は会社が実施する節目ドックの対象者としての受診ですか？ はい いいえ			

※申請書には必ず「領収書(原本)」と「検査項目と検査費用が分かる明細書」の添付が必要です。

事業所記入欄	申請者は当年度の定期健康診断時に、健保負担のオプション検診を受けていますか？		
	はい いいえ		
	備考		担当者印

健保組合記入欄	支給決定額	円	受付印