

健保使用欄

支給決定	補助金額	¥	領収証	有・無	常務理事	事務長	年度 担当
			申請額	適・否			
	支払年月日	令和 年 月 日	検診結果	有・無			
			支給	可・不可			

- 対象者 ・被保険者・被扶養者・任意継続被保険者・任意継続被扶養者
■補助条件 ・自治体毎に年齢制限あり・基本受診料の全額を健保が負担(一人1回/年度)
■申請者情報 (受診者ではなく被保険者の情報を記入してください)

保険証記号・番号	〇〇 - 〇〇
社員番号(在籍者のみ)	〇〇〇〇〇〇
所属(在籍者のみ)	横浜・厚木 工場 〇〇 部 〇〇 課 〇〇 係 作業所
住所(任意継続者のみ)	
被保険者氏名	日飛 太郎
生年月日	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
電話番号(在籍者)	内線・携帯 〇〇〇〇
電話番号(任継者)	自宅・携帯

- 受診者情報 (補助対象者の情報を記入してください)

氏名	続柄	年齢	住所(市区町村まで)	検診実施市区町村名	自己負担額合計 (補助申請額)
日飛 花子	妻	〇〇	〇〇県〇〇市〇〇区	〇〇市	1,500 円

自己負担額は市区町村により異なります。
診療のなかで受けた検査、無料クーポンで受けた検診、検診に付帯する診療や手続きの費用は補助対象外です。

受診したがん 検診の種類 及び金額 種類に☑を、 __円に金額 を入れてくだ さい	<input checked="" type="checkbox"/> 乳がん	(<input checked="" type="checkbox"/> マンモグラフィー <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> 視触診)	1,000 円
	<input type="checkbox"/> 子宮がん	(<input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診 <input type="checkbox"/> 子宮体部細胞診)	円
	<input type="checkbox"/> 胃がん	(<input type="checkbox"/> X線 <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> リスク検診)	円
	<input type="checkbox"/> 肺がん	(<input type="checkbox"/> X線 <input type="checkbox"/> 喀痰)	円
	<input checked="" type="checkbox"/> 大腸がん	(<input checked="" type="checkbox"/> 便潜血)	円
	<input type="checkbox"/> 前立腺がん	(<input type="checkbox"/> PSA)	500 円
	<input type="checkbox"/> 口腔がん	()	円
<input type="checkbox"/> その他のがん検診	()	円	
検診年月日 *全て記入して ください	令和 6 年 〇 月 〇〇 日 令和 6 年 〇 月 〇〇 日 令和 年 月 日	補助金 振込口座	被保険者の みずほ銀行 横浜支店 健康保険給付金振込口座

上記のとおり受診しましたので、領収証※(原本)及び検診結果(写し)を添えて補助を申請します。
また、検診結果を健康保険組合が保健事業(匿名化情報の作成等)のために利用することに同意
します。

令和 6 年 〇〇 月 〇〇 日

被保険者氏名

(自筆でご記名してください)

日飛 太郎

日本飛行機健康保険組合 理事長 殿

※受診項目が明記された領収証を添付して下さい。領収証に受診項目が明記されていない場合は、項目毎の自己負担額が判る書面を添付して下さい。

※受診期間：(4月1日～12月31日)

※提出期限：翌年度 2月末日(健保必着)