

支給総額	常務理事	事務長	担当者
¥			

UACJ健康保険組合

施設利用補助金請求書

<留意事項>

本請求書の対象は、以下となります。

- ・海外健診
- ・市町村がん検診

上記以外の人間ドック等の補助は、「ハピルス健診」
経由に限られます（請求書等の提出は不要です）。

請求者 (被保険者)	所属	
	被保険者等 記号番号	—
	氏名	

※ 申請する項目を○で囲んでください。

人間ドック

脳ドック

がん検診

施設の名称					
利用期間	自	令和	年	月	日
	至	令和	年	月	日

補助金受給対象者		
氏名	続柄	生年月日

◆ 補助内容

- ・「人間ドック並びに脳ドック費用（税引き）」の7割を補助（上限 25,000 円）
- ・医療機関で受診された場合の「がん検診費用（税抜き）」の7割を補助（上限 10,000 円）
- ・市区町村で受診された場合の「がん検診費用（税抜き）」の上限 5,000 円を補助

◆ 必要書類（必要書類のご提出がない場合は補助の対象外となります。）

- ・領収証の原本
「人間ドック、脳ドック、がん検診」の受診とわかる領収証（受診検査項目の記載などあるもの）
領収証と合わせて「人間ドック」の場合は、以下の書類も提出が必要です。
- ・健診結果（コピー）
- ・特定健康診査質問票（様式ダウンロードして記入）

◆ 申請期間

受診してから2カ月以内

◆ 提出先

UACJ健康保険組合に提出してください。