

支給総額	常務理事	事務長	担当者
¥			

UACJ 健康保険組合 御中

施設利用補助金請求書

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
					泊

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）

人間ドックは、法定健診（※1）及び特定健康診査（※2）を兼ねています。人間ドックを受診することで法定健診及び特定健康診査の受診率を上げることができるため、当健保は補助を行っています。健診結果及び特定健康診査質問票を必ずご提出していただきますようお願いします。

（※1）労働安全衛生法に定められた健康診断。病気の発見が目的。
（※2）生活習慣病の重症化リスク低減が目的。40歳～74歳の医療保険加入者が対象。

◆ 申請期間

受診してから2カ月以内

◆ 提出先

各所の健康保険手続きの担当者、または健康保険組合に提出してください。