

家族健診補助申請書

常務理事	事務長	担当
------	-----	----

昭和シェル健康保険組合 御中

下記のとおり、領収書・健診結果データを添えて申請します。

被保険者証 記号番号	—	申請日	令和	年	月	日
ふりがな		被保険者 証記載の 事業所名称				
被保険者 氏名・印	印					
ふりがな						
被保険者 振込先 金融機関	銀行 支店					
	口座 番号	普通	口座 名義 (カナ)			

健診費用 総額	円
------------	---

健診補助金 申請額	円
--------------	---

ふりがな		性別	男・女	続柄	
受診者の 氏名					
受診者の 生年月日	昭和・平成 年 月 日	受診者の 電話番号			
健診 実施機関		健診日	令和	年	月 日

《注意事項》

- 家族健診補助制度は、30歳以上の被扶養者および任意継続被保険者が対象になります。
自身で健診機関を選び、生活習慣病健診を受診してください。
※身体計測、視力、聴力、血圧、問診（既往歴、自覚症状等）等の基本検査、および40歳から74歳の方は、問診（喫煙・服薬の有無等）を含む特定健診項目も必ず受診してください。
- 本申請書に必要な事項を記入の上、領収書と健診結果データを添付し、各事業所健保担当者経由、または直接、健保組合へ提出ください。
※領収書は原本を添付ください（コピー不可）。
※健診結果データはコピー可とします。また40歳から74歳の方は、問診（喫煙・服薬の有無等）を含む特定健診項目結果データを必ず提出してください。
- 受診期間及び提出期限
受診期間は、毎年、4月～翌年1月末までです。申請書類（上記2.参照）は、受診した年度（4月～翌年3月末）の3月15日までに健保必着とします。期間外の受診、または申請書が期日までに届かなかった場合、補助金は支給できませんのでご注意ください。
- 健診費用総額（消費税含）のうち、1年度に1回に限り一人25,000円までを補助金として被保険者に支給します。
- 二次検査費用および保険証で受診された検査費用（医療扱い）についての補助はありません。
- 本申請書に記入された内容は、本件以外には使用しません。個人情報の取扱いについては、昭和シェル健康保険組合ホームページ <http://www.showa-shell-kenpo.or.jp/> に掲載しています。