

<事業所用>

伺年月日

専務理事	常務理事	事務長	部長	課長	係長	抜者

補助金交付申請書

健康保険記号								支店コード					
--------	--	--	--	--	--	--	--	-------	--	--	--	--	--

健診コース	健康診断 (35歳未満)				生活習慣病予防健診 (35歳以上)							
受診人数	名				名							
受診年月日	年 月 日 ~				年 月 日							
支店 営業所名												
所在地	〒 電話 ()											
健診機関名												
健診機関 住所	〒 電話 ()											
補助金 振込口座名	銀行・信金 労金・農協 支店				口座番号	普通・当座						
					口座名義 カナで記入							

個人情報の取扱いに同意します。 ※個人情報の取扱いについては、ホームページ等に掲載しています。

上記のとおり実施いたしましたので補助金を申請いたします。

年 月 日

事業所所在地

事業所名称

健康管理推進委員

印

電設工業健康保険組合 殿

受付日付印

◎補助金申請について◎

《対象者および検査項目》

	対象年齢	身体計測					胸部検査	尿検査	血液検査					心電図	胃部検査	乳房検査	子宮細胞診検査	補助金 限度額	
		身長・体重	視力	聴力	血圧	腹囲			糖代謝	脂質	肝機能	貧血	腎機能						尿酸
健康診断	35歳未満	●	●	●	●		●	●										※1	1,700円
生活習慣病予防健診	35歳以上	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	●	●		※1	9,700円
オプション検査	乳房検査															●			2,700円
	子宮細胞診検査	35歳以上															●	※2	3,300円

●…必須項目 ○…対象項目

※1 事業主負担 健康診断1,000円、生活習慣病予防健診2,000円を控除し、補助金限度額の範囲で支給します。

※2 自己採取法は上限1,700円、医師採取法は上限3,300円

※3 胃部検査未実施の場合は3000円減額となります。

《利用方法》

①受診後、「補助金交付申請書」、「補助金連名簿」に必要事項をご記入のうえ、下記の必要書類を添えて、へるすびあ健診センターへ郵送してください。

	健診結果(要数値)	問診票(健保指定用紙)	領収書
健康診断	▲	×	●
生活習慣病予防健診	●	●	●

●…必要 ×…不要

▲…領収書に受診者名・受診日・個人料金の記載がない場合は、それらを確認できるもの「明細書(写)」および「健診結果票(写)」等を添付してください。

②振込日と金額が決定しましたら、「補助金支給決定通知書」を健康管理推進委員へ送付いたします。

〈注意事項〉

- ・ 特定健診・生活習慣病予防健診・人間ドックは、いずれか年度内に1回の受診となります。重複受診はできませんのでご注意ください。(年度区分:4月1日～翌年3月31日)
- ・ 受診当日までに資格を喪失された方は受診できません。
受診した場合は、全額自己負担となり補助金は支給されませんのでご注意ください。
- ・ 東京都23区内の健診機関で受診した場合は補助金の対象になりません。
(令和4年4月受診分より、東京都23区内も補助金の支給対象となります。)