

（ 健 保 使 用 欄 ）	常務理事	事務局長	事務局次長	課長	係長	係	資格照合	起案	・	・
								決裁	・	・
	決定額		¥				摘要			

# 令和4年度保健事業補助金支給申請書

①申請する際は、申請区分(ドック・自治体がん検診・自治体歯科検診)ごとに受診者1人1枚ご記入ください。

医療機関名称					
医療機関所在地					
医療機関電話番号	TEL	-	-	-	※注意※複数の医療機関の場合はいずれか1つご記入ください。
費用(合計)					円(税込)

川口工業健康保険組合 理事長 殿 上記のとおり実施したので、関係書類を添えて申請します。

●押印廃止に伴う確認欄 (確認後、確認欄に✓をご記入下さい。)

事業主を代理人として健康保険組合より支給される補助金の受取方の件を委任いたします。(任継の方は、左の□欄は記入不要)

記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

令和 年 月 日

保険証記号 - 番号 -

事業所名(勤務先名) \_\_\_\_\_

被保険者氏名 \_\_\_\_\_

受診者氏名 \_\_\_\_\_

受診者生年月日 昭和 平成 年 月 日 該当年齢 ( 歳)

住所 〒 - (TEL - - )

○特定健診必須項目○	
●問診(服薬歴、喫煙歴等)	●診察
●身体計測(身長、体重、BMI、腹囲)	
●理学的検査(身体診察)	
●尿検査(尿糖、尿蛋白)	
●血液検査	
〔脂質〕中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール	
〔糖代謝〕HbA1cと空腹時血糖	
〔肝機能〕GOT、GPT、γ-GTP	

②申請するものに✓をし、必要事項をご記入ください。【申請区分ごとに1人1枚の申請書を作成。年度1回限り】

✓欄	申請区分	健診の種類	受診日	健診料金	精密検査や事後処置の指示等の要・不要回答欄 要の方は、必ず医療機関を受診してください。
<input type="checkbox"/>	ドック	人間ドック	/	円	要 ( 年 月受診済・予定) / 不要
<input type="checkbox"/>	※注1 いずれか1つ	脳ドック	/	円	要 ( 年 月受診済・予定) / 不要
<input type="checkbox"/>	自治体 がん 検診	前立腺がん	/	円	要 ( 年 月受診済・予定) / 不要
		大腸がん	/	円	要 ( 年 月受診済・予定) / 不要
		胃がん	/	円	要 ( 年 月受診済・予定) / 不要
		肺がん	/	円	要 ( 年 月受診済・予定) / 不要
		乳がん	/	円	要 ( 年 月受診済・予定) / 不要
		子宮がん	/	円	要 ( 年 月受診済・予定) / 不要
<input type="checkbox"/>	自治体 歯科	歯科検診	/	円	要 ( 年 月受診済・予定) / 不要
合計(税込)				円	

③<<添付書類>> ご準備出来たものに✓し、添付書類を必ず添付してください。

添付のもの場合は申請書一式ご返却いたします。	支給申請書(本紙)	領収書(原本)	健診結果(全てコピー)	質問票(40歳~74歳)	健診条件・年齢・金額等確認書類※注2
人間ドック	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
脳ドック	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
自治体がん検診	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
自治体歯科検診	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

受付印

※注1 人間ドック・脳ドックの申請はいずれかになります。又、特定健康診査項目が含まれていることをご確認ください。  
人間ドック・脳ドックの対象受診期間は、令和5年2月末日受診分までとなります。(自治体分は3月末日受診分まで)  
◎健診結果より生活改善の必要な方には、保健指導のご案内をお送りいたします。

尚、領収書については、原本のみの添付となります。予めご了承ください。  
※注2 自治体から送付される「がん検診などの受診券」のハガキや「がん検診のご案内」・自治体ホームページより印刷したもの等(コピー可)

◎申請期限は、令和5年3月31日組合必着です。  
◎この申請による補助金は、事業所を経由して支給いたします。(任継の方は、任継継続時の指定口座に振込みます。)  
◎補助額上限は、ドック 20,000円、自治体がん検診 5,000円、自治体歯科検診 1,000円(いずれも100円未満切捨)となります。  
◎個人情報につきましては、当健保組合の個人情報保護管理規程に則り管理され、目的以外に使用することはありません。

# 令和4年度 自治体がん検診補助金支給要領について

## 1.) 対象者と期間

自治体がん検診実施時に当健保組合の資格を有する任意継続を含む被保険者及び被扶養者で、各自治体等が定めた規程に該当する方とします。

対象期間は、令和4年4月1日～令和5年3月31日です。

## 2.) 対象検診の種類

- ①前立腺がん検診
  - ②子宮がん検診
  - ③肺がん検診
  - ④胃がん検診
  - ⑤乳がん検診
  - ⑥大腸がん検診
- 以上、6種類の検診が対象です。

## 3.) 補助額

- ・申請により年度1回限り上限5,000円までを補助いたします。  
費用が補助額に満たないときは実費額までの補助となります。(100円未満切捨て)
- ・異なる医療機関や日程等で、複数の検査を受検した場合でも、必ず申請は1度にまとめてください。
- ・再検査費用及び保険診療による一部負担金は補助の対象外です。

## 4.) 申請方法

自治体がん検診の受検後『保健事業補助金支給申請書(様式第1号)』に必要事項を記入し、領収書(原本)と健診条件(年齢・金額)が確認できるもの(コピー可)を添付して、保健事業課までご提出ください。

※ 領収書(原本)とは、①受検日・②受検者名・③検査名(例.〇〇がん検診代)・④受検費用・⑤受検機関名と㊟、または収納印、または領収印が明記されたものとします(レシートは不可)。

※ なお、領収書については原本のみの添付となります。予めご了承ください。

## 5.) 申請期限

令和5年3月31日まで

『保健事業補助金支給申請書(様式第1号)』と、全ての添付書類が不備なく提出されたもの(受付されたもの)に限り支給します。

## 6.) 支給方法

保険給付費同様に、事業所指定口座に振込いたします。

また、任継の方は、任継手続時の指定口座に振込いたします。

※ 計画的な健診で、重複受診を控えましょう。

※ 個人情報につきましては、当健保組合の個人情報保護管理規程に則り管理され、目的以外に使用することは致しません。