

【事業所】

No. _____

保健事業補助金等
支給申請書

| | | | | |
|------|-----|----|----|---|
| 常務理事 | 事務長 | 課長 | 係長 | 係 |
| | | | | |

| | |
|-------|--|
| 保険証記号 | |
|-------|--|

| | | | | | | | | | |
|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 決定額 | | | | | | | | | |
|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

●太枠内に必要事項をご記入ください。

| | | | | | | |
|------------------------------------|-----------|--------------------------------|----------|--|--|--|
| 申請する補助金に○をつけてください。(申請書は補助金ごとに必要です) | | | | | | |
| 1.定期健康診断(同時実施消化器検診含む) | 2.消化器検診 | 3.人間ドック(脳オプション・脳単独・全身がん・62歳節目) | | | | |
| 4.自治体がん検診 | 5.インフルエンザ | 6.ウォーキング大会等参加費 | 7.特定保健指導 | | | |

| |
|---|
| 補助金申請手続き及び受領につき、下記被保険者から同意・委任を受けましたので申請します。 |
| 事業所名称 |
| 及び事業主名 |

- 注) 1. この申請書は、事業所で取りまとめて申請手続きをするための用紙です。この用紙で申請する際は、補助金申請手続き及び補助金受領について被保険者の同意・委任が必要です。
 2. 申請書は各補助金ごとに作成してください。1枚の申請書で複数の補助金申請はできません。
 3. 定期健康診断と同時実施した消化器検診料金、人間ドックの脳ドックオプション検診料金については、検診料金欄の下段に記入してください。
 4. 記入誤りには二重線を引き、上から訂正印を押印してください。(修正テープは使用しないでください。)
 5. 添付書類等は、申請前に申請書裏面や当組合HP、または事業所配付の実施要領にて必ずご確認ください。

【問合せ先】保健事業課 電話048-643-5164

| No. | 保険証番号 | 対象者 | | 受診日・実施日 | 検診料金・参加費 | 支給額 |
|-----|-------|------|------|---------|----------|-----|
| | | 被保険者 | 被扶養者 | | | |
| 1 | | | | / | | |
| | | | | / | | |
| | | | | / | | |
| | | | | / | | |
| | | | | / | | |
| | | | | / | | |
| | | | | / | | |
| | | | | / | | |
| | | | | / | | |
| | | | | / | | |

| | |
|----|--|
| 確認 | |
|----|--|

※10名を超える場合は継紙をご利用ください。

埼玉機械工業健康保険組合 (06.04.01)

※当組合が使用するため押印しないでください。

【 補助金申請に関する注意事項 】

当該年度中に実施したものに対して補助金をお支払いできるのは翌年度4月までです。
補助金申請は、4月中のお支払いに間に合うよう4月10日までに行ってください。

【 各種補助金について 】

- 定期健康診断（健診情報提供料）
 - ・ 健診情報提供料…クレアチニンを含む血液検査を実施した場合 2,000円
それ以外の場合 1,000円
 - ・ 必要添付書類…健診結果の写し、質問票
- 消化器検診補助
 - ・ 補助限度額…5,000円
※補助金は100円未満切捨てとします。
 - ・ 必要添付書類…領収書原本、検診結果全部の写し
※胃部X線又は胃内視鏡検査を必須とします。
- 人間ドック補助（受診前の申込みが必要です）
 - ・ 補助金額…「人間ドック」 検診料金が30,000円以上の場合定額20,000円補助
検診料金が30,000円未満の場合5割補助（1,000円未満切捨て）
「62歳節目ドック」 上限42,000円まで補助（1,000円未満切捨て）
「脳ドック」 検診料金が20,000円以上の場合定額20,000円補助
検診料金が20,000円未満の場合5割補助（1,000円未満切捨て）
「全身がん検診」 定額30,000円補助
「脳オプション」 検診料金が20,000円以上の場合定額15,000円補助
検診料金が20,000円未満の場合5割補助（1,000円未満切捨て）
 - ・ 必要添付書類…領収書原本、検診結果全部の写し、質問票
- 自治体がん検診補助
 - ・ 補助金額…市区町村で実施するがん検診費用の自己負担分全額
※補助金は100円未満切捨てとします。
 - ・ 必要添付書類…領収書原本（受診者名・検診項目・料金明細・受診日が明記されたもの）
※検診項目・料金明細が不足している場合は、診療明細書も添付すること。
※集団検診でレシートのみ発行された等、条件が不足する場合はご相談ください。
市報等の検診料金および対象年齢が分かるものの写し
※追加の申請には補助金をお支払いすることが出来ませんので、
複数のがん検診を申請する方は1度にまとめて申請してください。
- インフルエンザ予防接種補助
 - ・ 補助限度額…2,000円（年1回）
※補助金は100円未満切捨てとします。
注）65歳以上の方で、予防接種法に基づき市区町村からの助成を受けた場合は対象外となります。
 - ・ 必要添付書類…領収書原本
（領収書記載事項）①氏名 ②接種日 ③病院名 ④費用 ⑤インフルエンザ予防接種と明記
- ウォーキング大会等参加費補助
 - ・ 補助限度額…1,000円（年1回）
※補助金は100円未満切捨てとします。
 - ・ 必要添付書類…領収書原本、参加条件が確認できる参加募集要項等の写し、完歩証等の写し
- 特定保健指導（情報提供料）
 - ・ 特定保健指導情報提供料…動機付け支援 7,000円
積極的支援 16,000円
 - ・ 必要添付書類…指導結果の写し（特定保健指導基準適合のもの）