

令和 6 年度（受診期間 令和 6 年 4 月 1 日～令和 7 年 3 月 3 1 日）

契約外健康診査補助金支給明細書

（簡易生活習慣病予防健診・生活習慣病予防健診・人間ドック）

事業所 (保険証記号)		×	×	×	事業所名		㈱〇〇ホテル			
受診日	保険証 番号	受診者氏名		本人 家族	年齢	性別	窓口支払額 (円)	(組合記入欄) (円)		
								補助金額	特定金額	備考
4/1	〇〇	健康 太郎		本人 家族	〇〇	男女	〇〇,〇〇〇			
4/2	〇〇	健康 花子		本人 家族	〇〇	男女	〇〇,〇〇〇			
				本人 家族		男女				
				本人 家族		男女				
				本人 家族		男女				
				本人 家族		男女				
				本人 家族		男女				
				本人 家族		男女				
				本人 家族		男女				
				本人 家族		男女				
合計							〇〇,〇〇〇			

様式 1 - 1 の受診者氏名の並びと、健診結果および標準的な質問票の並びは一致させてお送りください。

(\* 補助金額には上限があります)

【添付書類について】

1. 領収書 (写し) および明細書が発行されている場合、明細書 (写し) も添付。
2. 健診結果報告書 A4 用紙または A3 用紙にコピー。A3 の場合は二つ折りにして提出してください。判定医名または担当医名、検査の数値まで載った詳細な結果が必要です。
3. 標準的な質問票 をご記入のうえ、添付してください。

【オプション項目を受診、または必須検査項目の中に未受診項目がある場合】

4. 受診項目確認票 をご記入のうえ、添付してください。

様式 1 (契約外健康診査補助金支給申請書) と 様式 1 - 1 (本用紙) に、上記 4 点 (オプション項目および未受診項目がない場合は 1 ~ 3) を必ず添付して提出してください。

【必須検査項目を受診していない場合】

補助金は支給されないか、該当する健診コースまでの補助金額、または補助金額より受診項目確認票に基づいた一定額が引かれることとなります。

各コースに設定されている必須検査項目につきましては、「受診項目確認票」をご確認ください。