

常務理事	課長	課長補佐	係長	係員	簡易生活習慣病予防	名	円
					生活習慣病予防	名	円
					人間ドック	名	円
					東振協+脳(契約外+脳)	名	円
					補助金合計支給額	名	円
特定健康診査事業費					円	疾病予防費	円

**令和6年度(受診期間 令和6年4月1日～令和7年3月31日)  
契約外健康診査補助金支給申請書(任意継続被保険者用)**

観光産業健康保険組合理事長 殿					〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日		
健康診査を実施いたしましたので補助金の交付を申請します							
保険証 記号 - 番号	20- 00000	氏名	健康 太郎		Ⓡ		
住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都千代田区神田神保町〇-〇-〇						
TEL	自宅 〇〇〇 ( 〇〇〇 ) 〇〇〇〇 携帯 〇〇〇 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇〇〇						
振込先	〇〇〇〇	銀行 信用金庫 信用組合	〇〇〇〇	支店	預金 種別	1. 普通 2. 当座	
金融機関 コード	△ △ △ △	支店コード	△ △ △	口座番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇		
フリガナ	ケンコウ タロウ						
口座名義	健康 太郎						

※太線の中をご記入ください。振込先は、任意継続被保険者の口座をご記入ください。

受診日	保険証 番号	受診者氏名	本人 家族	年齢	窓口支払額	(組合記入欄)		
						補助金額	特定金額	備考
4/1	△△△△△	健康 太郎	本人 家族	〇〇	〇〇,〇〇〇			
			本人 家族					

申請書に添付されている健診結果報告書については、「高齢者の医療の確保に関する法律」および「健康保険法」に基づく特定保健指導等にも使用し他の目的では使用しません。

【添付書類】

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(写し可。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。
- 脳検査のみ申請の方は、領収書(写し)、脳検査結果報告書(写し)、東振協D1コース結果報告書(写し)を添付してください。ただし、前年度に脳検査の補助金支給を受けていない方に限ります。
- 補助金額には上限があります。各コースの必須検査項目に関しては、「受診項目確認票」をご確認ください。

【提出期限】受診月の翌月10日までに提出してください。

※最終締切日は令和7年4月10日(当組合必着)まで。最終締切を過ぎますとお支払ができません。3月末になっても健診結果が届いていない場合、「健診結果は届き次第送付します」と記載した付箋等を添えて、申請用紙と領収書、標準的な質問票等をご提出ください。

【提出先】

〒101-0051 東京都千代田区神田神保町1-44-2 神田TNKビル4階 「観光産業健康保険組合」宛