組合使用欄　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（事業所記入用）様式１

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事務長 | 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 |
| 脳検査 | 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７年度（受診期間 令和７年４月１日～令和８年３月３１日）

契約外健康診査補助金支給申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年　　　月　　　日  観光産業健康保険組合理事長　殿  健康診断を実施いたしましたので補助金の支給を申請します。  　　なお、事業所口座への振込を受診者との間において了承を得ています。  事業所記号  事業所所在地  事業所名  代表者名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事務担当者名　　　　　　　 　（担当者直通） TEL 　　　　( 　　　 ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 振込先 |  | | | | | | | | | | | 銀　　行  信用金庫  信用組合 | | | |  | | | | | | | | | | | 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 | | | | | |  | |  | | |  | | |  | | |  | |  | | |  | |
| フ リ ガ ナ |  |  | |  | |  |  | |  | |  | |  |  |  | |  |  | |  |  | |  | |  |  | |  |  |  |  | |  |  | | |  | |  |  | |  | |  |  | |  |
| 口座名義 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

＊太線の中をご記入ください。（押印不要）

＊契約外健診補助金事業の振込先として登録できる口座は、事業所記号１件につき１つです。

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のみ使用し他の目的では使用しません。

【提出期限】事業所の担当者を通して、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８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先にご提出ください。**

【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　総務課　保健事業係宛

【その他】

1. 代表者欄は組合に届け出ている方の氏名を記入してください。
2. 振込先は個人の口座ではなく、**事業所口座** を記入してください。（代表者の個人名義口座は不可）

■　簡易生活習慣予防健診・全年齢（被扶養者は２２歳以上）

■　生活習慣病予防健診　・３０歳以上

■　人間ドック　　　　　・４０歳以上

■　脳検査　　　　　　　・５０歳以上で「東振協Ｄ１コース（人間ドック）」を受診した方

**※ただし、脳検査補助は前年度に補助金支給を受けていない方に限ります。**

（事業所記入用）様式１－１

令和７年度（受診期間 令和７年４月１日～令和８年３月３１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  （健康保険記号） | |  |  |  | 事業所名 | | |  | | | |
| 受診日 | 健康保険番　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 |
|  |  |  | | | 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 |  |  |  |  |
|  |  |  | | | 本人  家族 |  | 男  女 |  |  |  |  |
|  |  |  | | | 本人  家族 |  | 男  女 |  |  |  |  |
| 合計 | | | | | | | |  |  |  |  |

（健康保険の記号番号は、保険証・資格情報のお知らせ・資格確認書のほか、マイナポータルでも確認できます）

【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）**も必ず添付してください。
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。

1. **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】

1. **受診項目確認票** をご記入のうえ、添付してください。

申請の際は、上記の１～４（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、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、別紙「受診項目確認票」をご確認ください。**