

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(任意継続者用)

観光産業健康保険組合理事長 殿					年	月	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							
健康保険 記号 - 番号	20 -	氏 名					
住 所	〒						
TEL	自宅 ( )			携帯 ( )			
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。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	健康保険 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
			本人 家族					
			本人 家族					

(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】

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 8 年 4 月 1 0 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1-4-4-2 神田TNKビル4階 「観光産業健康保険組合」宛