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１－２

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)

　**契約外脳検査補助金支給明細書**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所（健康保険記号） |  |  |  | 事業所名 |  | (組合記入欄) |
| 受診日 | 健康保険番　号 | 受診者氏名 | 続柄 | 年齢 | 窓口支払額 | 補助決定金額 |
|  |  |  | 本人家族 |  |  |  |
|  |  |  | 本人家族 |  |  |  |
|  |  |  | 本人家族 |  |  |  |
|  |  |  | 本人家族 |  |  |  |
|  |  |  | 本人家族 |  |  |  |
| 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）

【補助条件】

１．**前年度に脳検査補助金支給を受けている方は補助の対象外**となります。

２．１６，５００円を補助限度額とし、補助限度額を超えた費用については本人負担とします。

３．人間ドック（東振協Ｄ１コース、個別契約または契約外の健診機関での実施）を受診した５０歳以上の方が、脳検査（ＭＲＩ・ＭＲＡ・ＣＴ等の画像診断に限る）を自己負担で受診した場合に補助の対象となります。

＊ 人間ドック以外を受診した場合は対象外です。

＊ 頚部検査のみや、血液検査による脳梗塞リスクチェック、認知機能テスト等は対象外です。

【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は明細書（写し）も添付

２．脳検査結果報告書（写し）　　**※１**

３．人間ドック結果報告書（写し）**※２**

**※１**脳検査の詳細な結果が必要です。

**※２**人間ドック受診の有無を書類上で確認するために必要です。

東振協の場合：健診機関名・受診日・受診者氏名・東振協またはＤ１の記載があるページ

個別契約の場合：健診機関名・受診日・受診者氏名・人間ドックの記載があるページ

契約外の場合：**契約外の健診機関で受診した人間ドックと、脳検査の補助金申請は同時に**

**行ってください。様式１－１（契約外健康診査補助金支給明細書）も提出**

**する必要があります。**