

2022年度 住民健診 補助金申請書

大同生命健康保険組合 御中

申請日：2022年6月24日

次のとおり、住民健診を受けましたので、補助金の支給を申請します。

記号	番号	被保険者氏名 (受検者)	所属名	検診/検査年度の 4月1日時点の年齢	資格取得日 (入社日)
1	12345	大同 花子	〇〇〇〇 支社 部 課	40 歳	2019 年 5 月 1 日
検診/検査日		医療機関名			
2022 年 6 月 10 日		〇〇〇〇病院			
	①乳がん検診	②子宮頸がん検診	③胃部X線検査	④大腸がん検査	
検診/検査費用	1,500 円	400 円	1,200 円	1,500 円	

健保組合 記入欄
【支給決定金額：給与へ計上】

支給額 : 円
①～④合計 : 円

支給月 : 年 月 給与

■ 注意事項 ■

補助金支給の申請には、下記条件を満たしていることが必要です。内容を確認のうえ、ご申請ください。
なお、補助金の支給は給与への計上となります。

- 支給対象者 : ● <乳がん検診> 【被保険者期間3年未満(2019年4月2日以降入社)】 かつ 【受診年度の4月1日時点で満40歳以上】 の被保険者
● <子宮頸がん検診> 【被保険者期間3年未満(2019年4月2日以降入社)】 かつ 【受診年度の4月1日時点で満20歳以上】 の被保険者
● <胃部X線検査> 【被保険者期間3年未満(2019年4月2日以降入社)】 かつ 【受診年度の4月1日時点で満40歳以上】 の被保険者
● <大腸がん検査> 【被保険者期間3年未満(2019年4月2日以降入社)】 かつ 【受診年度の4月1日時点で満40歳以上】 の被保険者
※ただし、以下の場合は支給対象外
・定期健診で上記検診・検査を受けた方
・乳がん検診で、マンモグラフィ検査と超音波(エコー)検査の両方を受けた場合は、いずれか一方は対象外
・同検診・検査を同年度内に複数回受けた場合の2回目以降の検診・検査

- 必要書類 : ● 領収書(原本)
● 住民健診案内チラシ(写し)
- 申請期限 : ● 2月末日 健康保険組合必着

受付日付印

処理日			
常務理事	事務長	検	係