

2022年度 脳ドック検診（被保険者）補助金支給申請書

大同生命用(出向者の方含む)

大阪人事課 経由
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、脳ドック検診（頭部MRI・頭部MRAの両方を含む）を受けましたので、補助金の支給を申請します。

記号	番号	職員コード（7桁）							所属名	検診年度の 4月1日時点の年齢	資格取得日 （入社日）
		被保険者氏名（受診者）									
X	XXXXX	1	2	3	4	5	6	7	〇〇〇〇 支社 部 課	40 歳	20xx 年 xx 月 xx 日
		大同 花子									
検診種類		検診日		検診費用 （実費）		申請金額 （健保補助金額）		大阪人事課 記入欄 【支給決定金額：給与へ計上】 支給額： 円 支給月： 年 月給与			
脳ドック検診		2022年6月10日		25,000 円		※上限 10,000円 10,000 円					

<健康診断に関する情報の取扱い>

- ・健康診断結果を、①疾病の早期発見 ②医療機関等での受診指導 ③栄養指導その他の保健指導 ④健康の保持・増進のための健康教育、健康相談 ⑤健康水準の把握および評価 ⑥就業の可否等の就業上の措置を行う目的で利用します。
- ・健康診断を大同生命（関連会社）および大同生命健康保険組合の共同事業として実施し、健診結果を上記利用目的の範囲内で共有します。

受付日付印

■ 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：
 - <脳ドック検診> 4月1日時点で【被保険者期間3年以上（2019年4月1日以前入社）】かつ【満40歳以上】
※原則として、事業主の指定する健診機関で受診するものとするが、当該健診機関が脳ドックを実施していない場合に限り、他の医療機関での脳ドックの受診も補助対象とする。
 - 10月末日までに当該検診を受けた方
 - 検診日時点で当組合の資格を有する方 ※ただし、以下の場合は支給対象外
 - ・検診時に健康保険証を使用した場合
 - ・同検診を同年度内に複数回受けた場合の2回目以降の検診
- 必要書類：
 - 検診結果票（写し）
 - 領収書（原本） ※領収書に検診名の記載がない場合は、余白に自身で「脳ドック検診」と記入要
- 申請期限：
 - 12月末日 大阪人事課必着

受渡日	健康保険組合			
処理日	常務理事	事務長	検	係

2022年度 脳ドック検診（被保険者）補助金支給申請書

関連会社用(出向者以外の方)

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、脳ドック検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（受診者）	事業所名	検診年度の 4月1日時点の年齢	資格取得日 （入社日）																																																																
XX	XXXXX	大同 花子	〇〇〇〇〇	40 歳	20xx 年 xx 月 xx 日																																																																
検診種類	検診日	検診費用 （実費）	申請金額 （健保補助金額）	補助金振込先																																																																	
脳ドック検診	2022年6月10日	25,000 円	※上限 10,000円 10,000 円	<table border="1"> <tr> <td>金融機関コード</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>支店コード</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> <td colspan="4">XXXX</td> <td>フリガナ</td> <td colspan="3">XXXX</td> </tr> <tr> <td>金融機関名</td> <td colspan="4">〇〇銀行</td> <td>支店名</td> <td colspan="3">〇〇支店</td> </tr> <tr> <td>預金種目</td> <td colspan="4">1.普通(総合)</td> <td colspan="4">2.当座</td> </tr> <tr> <td>口座番号</td> <td colspan="2">右詰めで記入</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> <td colspan="8">ダトウ ハコ</td> </tr> <tr> <td>口座名義人</td> <td colspan="8">大同 花子</td> </tr> </table>		金融機関コード	1	2	3	4	支店コード	1	2	3	フリガナ	XXXX				フリガナ	XXXX			金融機関名	〇〇銀行				支店名	〇〇支店			預金種目	1.普通(総合)				2.当座				口座番号	右詰めで記入		1	2	3	4	5	6	7	フリガナ	ダトウ ハコ								口座名義人	大同 花子							
金融機関コード	1	2	3	4	支店コード	1	2	3																																																													
フリガナ	XXXX				フリガナ	XXXX																																																															
金融機関名	〇〇銀行				支店名	〇〇支店																																																															
預金種目	1.普通(総合)				2.当座																																																																
口座番号	右詰めで記入		1	2	3	4	5	6	7																																																												
フリガナ	ダトウ ハコ																																																																				
口座名義人	大同 花子																																																																				

<健康診断に関する情報の取扱い>

- ・健康診断結果を、①疾病の早期発見 ②医療機関等での受診指導 ③栄養指導その他の保健指導 ④健康の保持・増進のための健康教育、健康相談 ⑤健康水準の把握および評価
- ⑥就業の可否等の就業上の措置を行う目的で利用します。
- ・健康診断を大同生命（関連会社）および大同生命健康保険組合の共同事業として実施し、健診結果を上記利用目的の範囲内で共有します。

受付日付印

■ 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：
 - <脳ドック検診>4月1日時点で【被保険者期間3年以上（2019年4月1日以前入社）】かつ【満40歳以上】
 - ※原則として、事業主の指定する健診機関で受診するものとするが、当該健診機関が脳ドックを実施していない場合に限り、他の医療機関での脳ドックの受診も補助対象とする。
 - 10月末日までに当該検診を受けた方
 - 検診日時点で当組合の資格を有する方 ※ただし、以下の場合は支給対象外
 - ・検診時に健康保険証を使用した場合
 - ・同検診を同年度内に複数回受けた場合の2回目以降の検診
- 必要書類：
 - 検診結果票（写し）
 - 領収書（原本） ※領収書に検診名の記載がない場合は、余白に自身で「脳ドック検診」と記入要
- 申請期限：
 - 12月末日 健康保険組合必着
- 支給方法：
 - ご指定の補助金振込先へ振込

受渡日		処理日	
健康管理	健康保険組合		
	常務理事	事務長	検 係