

2023年度 住民健診 補助金支給申請書

大同生命健康保険組合 御中

申請日：20xx 年 xx 月 xx 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	職員コード (7桁)							所属名	検査年度の 4月1日時点の年齢		資格取得日 (入社日)							
		被保険者氏名 (受検者)								40	歳	2020	年	5	月	1	日		
1	12345	1	2	3	4	5	6	7	〇〇〇〇									支社 部 課	40
検診/検査日		医療機関名																	
20xx 年 xx 月 xx 日		〇〇〇〇病院																	
		①胃部X線検査							②大腸がん検査							健保組合 記入欄 【支給決定金額】			
検診/検査費用		1,200 円							1,500 円							支給額 : 円 ①~②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、申請してください。
なお、補助金は事業主が給与と合算して支給します。

- 支給対象者 : ● <胃部X線検査> 【被保険者期間 3 年未満 (2020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 (2020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
・定期健診で上記検査を受けた方
・同検査を同年度内に複数回受けた場合の2回目以降の検査
- 必要書類 : ● 領収書 (原本)
● 住民健診案内チラシ(写し)
- 申請期限 : ● 領収書を受け取り後、1ヵ月以内を目途に申請してください。
なお、2024年3月末を申請期限とします。

受付日付印

処理日			
常務理事	事務長	検	係