

2023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：20xx 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】
脳ドック検診		20xx 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、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：
 - <脳ドック検診> 4月1日時点で【被保険者期間3年以上（2020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。
 - 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、余白にご自身で「脳ドック検診」と記入してください。
- 申請期限：
 - 検診結果を受け取り後、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。

受渡日	健康保険組合			
健康管理	常務理事	事務長	検	係

2023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：20xx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	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	20xx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="3">1.普通(総合)</td> <td colspan="5">2.当座</td> </tr> <tr> <td>口座番号</td> <td colspan="3">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="9">ダドウ 花子</td> </tr> <tr> <td>口座名義人</td> <td colspan="9">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	ダドウ 花子									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	ダドウ 花子																																																																							
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、申請してください。
なお、補助金は健康保険組合からご指定の補助金振込先へ振込支給します。

- 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（2020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。
 - 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、余白にご自身で「脳ドック検診」と記入してください。
- 申請期限：
 - 検診結果を受け取り後、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。
- 支給方法：
 - ご指定の補助金振込先へ振込

入力日		処理日	
健康保険組合			
	常務理事	事務長	検 係