大同生命用（出向者含む）

**健診等補助金支給申請書**

**大同生命保険株式会社　大阪人事課（健康管理）　経由**

**大同生命健康保険組合　御中**

■申請条件を満たしていること、給与と合算して支給されることを確認し、次のとおり健診等補助金を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 職員コード（7桁） | | | | | | | 氏　名  受診者(被保険者) | 所属名 | 健康保険証 | | 4月1日  時点の年齢 |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 支社  部  課 | 記号 | 番号 | 歳 |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 資格取得日  （入社日） | 年　　　月　　　日 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請項目に✔ | 種　　　類 | 検診日 | 検診等費用  （実費） | 補助額  （大阪人事課記入欄） |
|  | １．二次健診（再検査）  【胸部Ｘ線検査・胃部Ｘ線(胃内視鏡)検査・  便潜血検査・乳がん検診・子宮頸がん検診】　※対象を〇で囲む | 年　　　月　　　日 | 円 | ※上限　5,000円  円 |
|  | ２．乳がん検診  （事業主の実施する定期健康診断と同時でない場合） | 年　　　月　　　日 | 円 | ※上限　6,600円  円 |
|  | ３．子宮頸がん検診  （事業主の実施する定期健康診断と同時でない場合） | 年　　　月　　　日 | 円 | ※上限　4,950円  円 |
|  | ４．ピロリ菌・ペプシノゲン検査  （事業主の実施する定期健康診断と同時でない場合） | 年　　　月　　　日 | 円 | 円 |
|  | ５．脳ドック検査 | 年　　　月　　　日 | 円 | ※上限　10,000円  円 |
|  | ６．睡眠時無呼吸症候群(SAS)リスク検査 | 年　　　月　　　日 | 円 | ※上限　5,000円  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。

****

（大阪人事課）

　保期７年（本）紙　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　健保0502　2024-04（本）1/4

【注　意　事　項】

**１．申請対象者（被保険者：各検診日時点で当組合の資格を有する方）**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 項番 | 健診項目 | 対象 | | 備考 | | 必要書類 |
| 年齢  (４月１日時点) | 健診区分 |
| １ | 二次健診  （再検査） | 定期健診で「胸部Ｘ線検査」「胃部Ｘ線(胃内視鏡)検査」「便潜血検査」「乳がん検診」「子宮頸がん検診」の健診項目に「二次健診（再検査）」の指示があり受診した場合 | | ・対象になる場合「二次健診」の  案内メールに通知されます | | ①領収書  ②診療明細書  ※原本・写しどちらでも可  ※領収書に検診・検査名の記載がない場合は、余白にご自身で検診名を記入してください。 |
| ２ | 乳がん検診  (上記「１．二次健診」（再検査）以外) | 35歳以上 | 全区分 | ・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、マンモグラフィ検査のみ補助対象  ・住民健診を含む | ・定期健診を受診する健診機関と異なる医療機関で受診した場合補助対象 | ①領収書  ②検診検査結果票  ※原本・写しどちらでも可  ※領収書に検診・検査名の記載がない場合は、余白にご自身で検診名を記入してください。 |
| ３ | 子宮頸がん検診  (上記「１．二次健診」（再検査）以外) | 20歳以上 | 全区分 | ・自己採取の子宮頸がん検診の受検は支給対象外  ・住民健診を含む |
| ４ | ピロリ菌・ペプシノゲン検査 | 35歳 | Ｃ健診  対象者 | ― |
| ５ | 脳ドック検査 | 40歳以上 | Ｅ・Ｆ健診  対象者 | ― | ・定期健診を受診する健診機関が脳ドック検診を実施していない場合に限り、他の医療機関での受診も補助対象 |
| ６ | 睡眠時無呼吸症候群(SAS)リスク検査 | 初診および簡易睡眠検査（パルスオキシメーター検査等）の自己負担部分を１回限り | | ・定期健診とは無関係（同時受診等の制約はありません） | | ①領収書  ②診療明細書  ※原本・写しどちらでも可  ※領収書に検診・検査名の記載がない場合は、余白にご自身で検診名を記入してください。 |

※当組合ＨＰ（保健事業のご案内－各種健診の実施・補助）を参照。

定期健診については、事業主の「定期健康診断実施要領」を参照。

※「項番２～５」：検診時に健康保険証を使用した場合は支給対象外

**２．申請期限**

・検診・検査結果を受け取り後、１ヵ月以内を目途に申請してください。なお、受診年度の3月末を申請期限と

します。

**３．支給方法**

　・事業主が給与と合算して「健保給付金」で支給。

　・健康診断の結果データとの確認に時間を要することがあるため、支給までに日数を要する場合があります。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　健保0502　2024-04（本）2/4

関連会社用（出向者以外の方）

**健診等補助金支給申請書**

**大同生命健康保険組合　御中**

■申請条件を満たしていることを確認し、次のとおり健診等補助金を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 職員コード（7桁） | | | | | | | 氏　名  受診者(被保険者) | 会社名 | 健康保険証 | | 4月1日  時点の年齢 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 記号 | 番号 | 歳 |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 資格取得日（入社日） | 年　　　月　　　日 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請項目に✔ | 種　　　類 | 検診日 | 検診等費用  （実費） | 補助額  （健保組合記入欄） |
|  | １．二次健診（再検査）  【胸部Ｘ線検査・胃部Ｘ線(胃内視鏡)検査・  便潜血検査・乳がん検診・子宮頸がん検診】　※対象を〇で囲む | 年　　　月　　　日 | 円 | ※上限　5,000円  円 |
|  | ２．乳がん検診  （事業主の実施する定期健康診断と同時でない場合） | 年　　　月　　　日 | 円 | ※上限　6,600円  円 |
|  | ３．子宮頸がん検診  （事業主の実施する定期健康診断と同時でない場合） | 年　　　月　　　日 | 円 | ※上限　4,950円  円 |
|  | ４．ピロリ菌・ペプシノゲン検査  （事業主の実施する定期健康診断と同時でない場合） | 年　　　月　　　日 | 円 | 円 |
|  | ５．脳ドック検査 | 年　　　月　　　日 | 円 | ※上限　10,000円  円 |
|  | ６．睡眠時無呼吸症候群(SAS)リスク検査 | 年　　　月　　　日 | 円 | ※上限　5,000円  円 |

■補助金振込先

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先情報 | 金融機関コード |  |  |  |  | 支店コード |  | |  | | |  | | |  | |
| フリガナ |  | | | | フリガナ |  | | | | | | | | | |
| 金融機関名 |  | | | | 支店名 |  | | | | | | | | | |
| 預金種別 | １．普通（総合）　　２．当座 | | | | 口座番号 |  |  | |  |  | |  |  | |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 |  | | | | | | | | | | | | | | |

＜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。

****

（健保組合）

健保0502　2024-04（関）3/4

保期７年（関）紙

【注　意　事　項】

**１．申請対象者（被保険者：各検診日時点で当組合の資格を有する方）**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 項番 | 健診項目 | 対象 | | 備考 | | 必要書類 |
| 年齢  (４月１日時点) | 被保険者  期間 |
| １ | 二次健診  （再検査） | 定期健診で「胸部Ｘ線検査」「胃部Ｘ線(胃内視鏡)検査」「便潜血検査」「乳がん検診」「子宮頸がん検診」の健診項目に「二次健診（再検査）」の指示があり受診した場合 | | ・対象になる場合「二次健診」の  案内メールに通知されます | | ①領収書  ②診療明細書  ※原本・写しどちらでも可  ※領収書に検診・検査名の記載がない場合は、余白にご自身で検診名を記入してください。 |
| ２ | 乳がん検診  (上記「１．二次健診」（再検査）以外) | 35歳以上 | 制限なし | ・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、マンモグラフィ検査のみ補助対象  ・住民健診を含む | ・検診時に健康保険証を使用した場合は支給対象外  ・定期健診を受診する健診機関と異なる医療機関で受診した場合補助対象 | ①領収書  ②検診検査結果票  ※原本・写しどちらでも可  ※領収書に検診・検査名の記載がない場合は、余白にご自身で検診名を記入してください。 |
| ３ | 子宮頸がん検診  (上記「１．二次健診」（再検査）以外) | 20歳以上 | 制限なし | ・自己採取の子宮頸がん検診の受検は支給対象外  ・住民健診を含む |
| ４ | ピロリ菌・ペプシノゲン検査 | 35歳 | 3年以上 | ― |
| ５ | 脳ドック検査 | 40歳以上 | 3年以上 | ・検診時に健康保険証を使用した場合は支給対象外  ・定期健診を受診する健診機関が脳ドック検診を実施していない場合に限り、他の医療機関での受診も補助対象 | |
| ６ | 睡眠時無呼吸症候群(SAS)リスク検査 | 初診および簡易睡眠検査（パルスオキシメーター検査等）の自己負担部分を１回限り | | ・定期健診とは無関係（同時受診等の制約はありません） | | ①領収書  ②診療明細書  ※原本・写しどちらでも可  ※領収書に検診・検査名の記載がない場合は、余白にご自身で検診名を記入してください。 |

※当組合ＨＰ（保健事業のご案内－各種健診の実施・補助）を参照

**２．申請期限**

・検診・検査結果を受け取り後、１ヵ月以内を目途に申請してください。なお、受診年度の3月末を申請期限と

します。

**３．支給方法**

　・指定の補助金振込先へ振込みます。

　・健康診断の結果データとの確認に時間を要することがあるため、振込みまでに日数を要する場合があります。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　健保0502　2024-04（関）4/4