

記入例 円

もし、申請書類に記入漏れや不明な点があった場合は、健保担当者より連絡させていただくことがあります。日中連絡がつく電話番号を記載してください(健保TEL03-3470-2531)

家族健診補助金申請書

家族健診促進キャンペーンのお申し込みのみの方は記入不要です。

健診結果報告書 (40歳以上) (被扶養者)

記号	0	番号	123456	被保険者氏名	健保 太郎
被扶養者氏名 (受診者)	健保 康子			電話番号	080-0000-0000
				受診日	○年○月○日

補助金申請者記入欄

家族健診料金として医療機関へ支払った金額	33,000	円(税込)	※任意継続(記号200)の方は委任不要です
委任状	私は下記の者にこの補助金の受領を委任します。		○年△月△日
被保険者氏名	健保 太郎		申請書を作成した日

補助金は会社を通して給料に含めて振り込まれます。補助金の受け取りを会社へ委任する必要があるため、被保険者の署名をお願いします。任継の方は不要です。

「ある」を選択した場合、必ず具体的な記述をお願いします。

問診です。お申し込みの方に☑をして回答をお願いします。問診結果と一緒に封筒に入れて、健保結果と一緒に封筒に入れて提出してください。健保結果と同じ問の記載があり、回答がない場合は、回答欄の横線に「なし」と記入してください。	胃潰瘍、高血圧症(治療中)	<input checked="" type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
自覚症状: 現在、ご自身の体調に関して、不調を感じていることや気になることはありますか?	よく眠れない	<input checked="" type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
服薬の回数	次	血圧を下げる薬 <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 血糖を下げる薬又はインスリン注射 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ コレステロールや中性脂肪を下げる薬 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
喫煙回数 [1]最近1か月以内に吸っている [2]生涯で6か月間以上吸っている または合計100本以上吸っている		<input type="checkbox"/> a はい [1][2]両方該当 <input checked="" type="checkbox"/> b 以前は吸っていたが、最近1か月は吸っていない [2]のみ該当 <input type="checkbox"/> c いいえ a, b以外	

家族健診促進キャンペーン

今年度中に40歳以上になる方は希望する方に☑してください

<input checked="" type="checkbox"/>	Amazonギフトカード 1,200円 (Eメールタイプ 委託先(株)インサイト (wellme.jp)よりメールが届きます)	送付先 Eメール	※発送手続きの都合により10月以降に送付を開始します *****ne.jp
<input type="checkbox"/>	QUOカード 1,000円分 (プリペイドカード 書留またはレターパックで送ります)	送付先 住所	〒

総合事務部記入欄

被委任者	事業所名 事業所長名	総合事務部長の押印が必要です。担当者は申請書類を総合事務部総務事務課へお送りください。
------	---------------	---

受付印

※領収書(原本)・健診結果(写)を添付のうえ会社の担当者へ提出してください。任意継続の方は健康保険組合へ提出してください。
 ※健診結果の報告し、補助金申請をしない方は健診結果(写)を添付のうえ健康保険組合へ提出してください。
 ※提出いただいた健診結果はマイナポータルにおいて、ご自身のアカウントや医療機関で閲覧できるようになります。