（予防 9）

任意継続被保険者健診補助金請求書

令和　　年　　月　　日

1.　該当する健診区分に〇 ※　**健診区分ごとに、年１回（4 月 1 日から翌年 3 月 31 日）補助を受けることができます。**		40 歳以上の被保険者（本人）の健診 （健診総費用から 6,000 円を控除し 28,000 円を限度として補助）
		30 歳以上 39 歳までの被保険者（本人）の健診 （健診総費用から 6,000 円を控除し 12,000 円を限度として補助）
		女性 40 歳以上の被保険者（本人）の婦人科検診 （補助額上限　15,000 円）

2.健　診　料（消費税含む）	3.補　助　金　請　求　額	4.受　診　日
健診　　円	円	令和　　年　　月　　日
婦人科（40 歳以上）　　円	円	令和　　年　　月　　日

5.被保険者の記号・番号	6.被保険者氏名	7.生年月日
記号：9999　番号：		昭和・平成　　年　　月　　日 生　　歳

※　健診料を健診機関に支払い、この「補助金請求書」に健診機関からの請求明細書・領収証（コピー）を添付して、健保組合に提出して下さい。　登録いただいている口座にお振込いたします。

※　婦人科検診を含み全項目の健診結果（写）、及び特定健診問診票を添付してください。

※　健診結果（写）は、身長・体重・腹囲及び血液検査等の数値が載っているもの全項目を提出してください。

※　市区町村等の地方自治体が実施（補助）する健診は補助の対象にはなりません。

※　資格喪失後の受診は補助の対象外です。

伊藤忠連合健康保険組合