

支給金額	円	決裁年月日	年 月 日	常務理事	事務長	抜 者
		資格取得日	年 月 日			
		資格喪失日	年 月 日			

健康診断 立替払申請書

保険証記号—番号 — 受診者氏名_____被保険者氏名_____ ⑩

受診者生年月日 昭和・平成____年____月____日 (____歳) 本人・家族

事業所名_____電話番号_____—____—____ 受診年月日 令和____年____月____日

上記のとおり申請します。

____年____月____日

氏名 _____ ⑩

ミドリ安全健康保険組合理事長殿

※下記の銀行口座を記入してください。

振込希望の 金融機関名	銀行 信金	本店 支店	普通 当座	口座番号		フリガナ 名 義	
----------------	----------	----------	----------	------	--	-------------	--

請求について

○健診機関に支払った領収書原本（レシート不可）及び健診結果（コピー可）を添付してください。特定健診を受診した方は問診票も添付してください。

○領収書は受診者氏名、各健診項目別に費用がわかるものを提出してください。

例) 安全 花子様 生活習慣病健診料として¥25,000 乳がん検診料として¥5,000

○被保険者の指定口座に振り込みます。

○保険診療でおこなった検査は健康診断と認められませんので請求できません。又、組合で補助をしていない検査についても請求できません。又、必ず事前に健保組合の承認を受けてから受診してください。

個人情報（健診結果）の利用目的について

受診者からいただいた健診結果は立替受診を正しく支払う目的、及び保健指導に使用いたします。又この健診は事業主が実施する法定健診を兼ねており、全結果を事業主に開示する場合があります。（被保険者本人のみ）※この件について疑義のある方はあらかじめお申し出ください。

健診項目	対象年齢	補助金限度額	注意事項
定期健康診断	年齢制限なし	¥10,000	労働安全衛生法に基づく内容。
生活習慣病健診	35歳以上	¥25,000	特定健診項目を満たすこと。
人間ドック	40歳以上	¥38,000	胃部,大腸,腹部超音波を含む総合健診。
乳がん検診	30歳以上女性	¥5,000	マンモまたはエコーのいずれか
子宮頸がん検診	20歳以上女性	¥5,000	視触診・子宮細胞診
前立腺がん検診	55歳以上男性	¥3,000	PSA 検査

※補助金限度額は税抜額

受付日付印