「健保連集合契約コース」家族健康診断受診 補助申請書

「健保連集合契約コース」で「特定健診項目」と「健保基本項目」の両方を受診された方が申請できます。

「お薦め巡回コース」で受診された方は補助申請できません。

常務理事	事務長		担当

補助申請締切日 2026年4月15日(水) 健康保険組合 必着

送付先 〒530-0001 大阪市北区梅田3-3-5
大和ハウス工業健康保険組合 宛

■ 太枠内をご記入ください。

☑ 健康保険組合に健診結果を提出することに同意して申請します。

記号・番号	−	特定健診受診日	令和　年　月　日
被保険者氏名		特定健診を受診した健診機関名	
受診者氏名		生年月日	昭和　年　月　日
受診者住所	〒　−		
電話番号	●日中つながる電話番号 (　) −		※書類に不備等があった場合にお電話をさせていただきます。

☑ 健保連集合契約コースで、受診券を利用して「特定健診」を受診しました。

■ 下記健診項目につきまして、**補助金申請(上限8,000円)**します。

本人記入欄

	チェック	健診項目	金額
受診した検査にチェック☑をつけてください。	☑	胸部X線検査(肺がん)	円
	☑	胃検診　※ABC検査は対象外	円
	☑	大腸がん検査(便潜血)	円
	☑	心電図	円
	☑	貧血検査	円
	☑	子宮頸部細胞診(医師採取法)　※超音波は対象外	円
	☑	乳がん検査(マンモグラフィ・超音波)	円

ⓘ 原則、被保険者給与口座に振込みますが、他を希望される場合は下記にご記入ください。

振込先金融機関名	支店名	金融機関コード	
銀行 / 信用金庫 / 農協	本店 / 支店 / 出張所	支店コード	
口座番号(普通預金)	口座名義(カナ)		

添付書類
- ●**領収書** 原本 (金額内訳がわかるもの)
- ●**健診結果** コピー ※補助申請される健診項目の結果(コピー)が必要です。

健康保険組合記入欄	支給決定額	円	補助金支払日	月　日

受付印

印

キリトリ