

<健保連集合契約コース 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。

<input type="checkbox"/> 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	905 —	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	—	*書類に不備があった場合にお電話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10,000円)します。

本人記入欄		
チェック	健診項目	金額
<input type="checkbox"/>	胸部X線検査(肺がん)	円
<input type="checkbox"/>	胃健診 ※ABC検査は対象外	円
<input type="checkbox"/>	大腸がん検査(便潜血)	円
<input type="checkbox"/>	心電図	円
<input type="checkbox"/>	貧血検査	円
<input type="checkbox"/>	子宮頸部細胞診(医師採取法)*超音波は対象外	円
<input type="checkbox"/>	乳がん検査(マンモグラフィ・超音波)	円

受診した検査にチェック☑をつけてください。

※原則、特例退職者本人の保険料引落口座に振込みますが、他を希望される場合はご記入ください。

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。

受付印

健康保険組合記入欄	支給決定額	円	補助金支払日	月	日
-----------	-------	---	--------	---	---