

常務理事	事務長	係	担当者

任意継続保険者様用

## 定期健康診断補助支給申請書

★健診の補助を申請される方には、健診結果のコピーを添付していただきます。頂いた健診データは、疾病統計等の作成・保健指導の資料等に使用されます。

健康保険記号番号		申請対象健診月		申請年月日	
8888 -		平成 年 月 健診分		平成 年 月 日	
住所	〒				電話番号
氏名					
受診者状況	定期健診	申請人数 A	補助上限額/1名 B	補助額-実費 C 実費が補助額より 下回った場合	合計 (A×B-C)
	一般健診	本人	名	7,000円	円
		家族	名	7,000円	円
	生活習慣病健診 (35歳以上)	本人	名	15,000円	円
		家族	名	15,000円	円
	人間ドック (35歳以上)	本人	名	25,000円	円
		家族	名	25,000円	円
	女性検診	本人	名	4,000円	円
		家族	名	4,000円	円
	P S A 検査 (40歳以上)	本人	名	1,800円	円
家族		名	1,800円	円	
申請額合計					円
支払金融機関	1: 普通	名義人氏名			
	2: 当座	(フリガナ)	銀行 金庫	本店 支店	口座番号

中部アイティ産業健康保険組合理事長 殿

受付年月日

健康保険組合記入欄	
振込予定日	平成 年 月 日

【補助対象受診期間】 40歳以上:4月～12月 40歳未満:4月～1月

【申請期間】	受診日	申請期間
	4月～6月受診	⇒ 4月～8月20日締切り
	7月～9月受診	⇒ 7月～11月20日締切り
	10月～12月受診	⇒ 10月～1月20日締切り(40歳以上)
		⇒ 10月～2月20日締切り(39歳以下)
	1月受診(39歳以下のみ)	⇒ 3月15日締切り

◎申請可能期間の締切り日が土日祝日の場合は、前日が締切り日となります。

【添付書類】 申請者一覧表・健診結果(写)・※XMLデータ(40歳以上)・領収書(原本)  
※XMLデータが提出できない場合は質問票をご提出下さい。