

事業主健診費用補助金申請書（受診者記入用）

この申請書のみで申請はできません。
必ず事業主健診費用補助金申請書(事業主記入用)と一緒に事業主が申請して下さい。

事業主記入欄	枚目/合計	枚
--------	-------	---

被保険者記号番号										枝番	受診者氏名										組合員・家族	生年月日											
薬国																						組合員・家族	昭和 平成 令和	年 月 日									
受診医療機関名											受診日											申請金額 (10,000 円上限)											
											令和 年 月 日											円											

【服薬・喫煙について】 下記の項目について ☒ をつけてください。

① 血圧を下げる薬を服用している。	☐	はい	☐	いいえ
② 血糖を下げる薬を服用している。	☐	はい	☐	いいえ
③ コレステロールを下げる薬を服用している。	☐	はい	☐	いいえ
④ 現在、喫煙をしている。	☐	はい	☐	いいえ

<領収証貼り付け欄>

受診者名、受診日、健診を受診したことが分かる領収証を貼り付けてください。
事業所一括の領収証等で個人ごとの領収証がない場合は貼り付け不要です。
(別途事業主より領収証を提出していただきます。)

検査結果のコピーはこの申請書の裏面に外表にして
貼り付けてください。

【申請に必要な書類】 下記書類を事業主へ提出の上、事業主が取りまとめて申請して下さい。

- ・ 事業主健診費用補助金申請書（受診者記入用）（本紙）
- ・ 領収書 ※原本を上記<領収証貼り付け欄>に貼り付けてください。
- ・ 検査結果のコピー（特定健診項目が記載されているもの） ※裏面に貼り付けてください。

【対象者、補助金額】 年度内（4月から翌年3月まで）に1回の補助となります。

- ・ 対象者・・・18歳以上の被保険者
※年度内に生活習慣病共同健診、人間ドック、特定健診を受診済み、または保険適用での検査等は対象外。
- ・ 補助金額・・・1人につき10,000円（上限）