|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 支給総額 | 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
| \ |  |  |  |

ＵＡＣＪ健康保険組合　御中

施設利用補助金請求書

※　申請する項目を○で囲んで下さい。

人間ドック　　脳ドック　　がん検診

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 請求者 | 所　　属 |  |
| 氏名番号 | － |
| 氏　　名 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施　設　の　名　称 | | |  | | |
| 利　用　期　間 | | | 自　　　　　令和　　　年　　　月　　　日 | | 泊 |
| 至　　　　　令和　　　年　　　月　　　日 | |
|  | |  |  |  |  |
| 補　助　金　受　給　対　象　者 | | | |  |  |
| 所　属 | 氏名番号 | | 氏　　名 | 生年月日 | 備　考 |
|  |  | |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 補助金支給決定額 | （注）健康保険組合にて記入  　　　　　　　　　　　　　　　\ |

◆　補助内容

・「人間ドック並びに脳ドック費用（税引き）」の７割を補助（上限25,000円）

・医療機関で受診された場合の「がん検診費用（税抜き）」の7割を補助（上限10,000円）

・市区町村で受診された場合の「がん検診費用（税抜き）」の上限5,000円を補助

◆　必要書類

・領収証の原本※1

・健診結果（コピー）※2

・特定健康診査質問票（様式）※2

※1 :「人間ドック、脳ドック、がん検診」の受診とわかる領収証（受診検査項目の記載などあるもの）

※2 :「40歳未満」、「脳ドック・がん検診」の場合は不要

◆　申請期間

受診してから２カ月以内

◆　申請窓口

各所の健康保険組合の担当者窓口、健康保険組合に申請してください。

2023年10月