

決裁	事務長	係	※補助決定額
			¥
			組合員 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/>

令和8年度 一般健診・定期健診補助金交付申請書

申請日 令和 年 月 日

受診者氏名	年齢	被保険者記号	被保険者番号	該当箇所に✓を入れてください (第5種組合員は対象外)			
				第1種 <input type="checkbox"/>	第2種 <input type="checkbox"/>	組合員 <input type="checkbox"/>	
				第3種 <input type="checkbox"/>	第4種 <input type="checkbox"/>	家 族 <input type="checkbox"/>	
				第5種 <input type="checkbox"/>			
住所	〒			連絡先 電話番号	() 平日の9時から17時に連絡をとれる番号を記入してください。		
受診日	令和	年	月	日	支払金額	円	
受診した 医療機関	名称						
	所在地						
補助 金 振 込 先	金融機関名	銀行 信用金庫		支店番号	支店名		
	預金種類	普通 ・ 当座		口座番号	※7桁未満は前に0を記載してください。		
	口座名義	フリガナ					

*** 当組合資格喪失後の申請は、喪失日から3ヶ月以内のみ受付可**

■補助対象者

- ・ 40歳未満の組合員と20歳以上の家族
- ・ R8年4月2日以降に加入した40歳以上の被保険者（4月1日時点の被保険者は、特定健診対象者ですのでこちらの申請はできません。）

■補助対象となる健診

一般健康診断・定期健康診断等（R8年4月1日～R9年3月31日の間に受けた健診）

■補助額

組合員10,000円 家族7,000円 を上限として補助（補助額未満の場合は実費額交付）

■申請期間

令和8年4月～令和9年5月15日まで

■その他注意事項

- ・ **全額自費で受診した健診**を対象とします。
- ・ **事業所負担で受診した健診**は、「事業者健診結果提供料交付」での申請となります。
- ・ 申請の際は、**領収書(原本)・健診結果(写し)・質問票**を必ず添付してください。

■領収書(原本)及び補助金振込先口座についての注意事項

- ・ 領収書は、受診者名(フルネーム)・受診年月日・医療機関名・金額・但し書きが明記されたもの。
* 但し書きが「自費負担」「保険外診療」「文書料」等は不可。医療機関から交付されたらご確認ください。
- ・ 領収書の宛名や補助金の振込先が、会社名や事業主名ですと「事業者健診」と判断するため補助対象になりません。
* 領収書宛名は受診者氏名、又 補助金振込先は受診者あるいは受診者家族の口座をお願いします。

2021年6月に成立した「健康保険法等の一部を改正する法律」により、事業者や被保険者等から保険者へ、40歳未満の健診情報が提供される法的な仕組みが設けられ、2022年1月から施行されております。
当組合も法に基づき、40歳未満についても健診結果の提出をお願いしています。
結果提出をされない場合、補助金の交付ができませんので、ご理解とご協力をお願いいたします。

検査結果を見る時
*検査名をクリックすると検査結果の単位が確認できます。

検査名	基準値	検査値	単位	異常フラグ
AST	9-37	33		高
ALT	4-37	39		高
γ-GTP	75-105	108	mg/dl	高
ALP	100-340	360	U/L	高
γ-GT	70	72	U/L	高
LD	120-240	218	U/L	
T-Bil 総ビリルビン	0.2-1.2	1.2	mg/dl	
D-Bil 直接ビリルビン	0-0.4	0.4	mg/dl	
I-Bil 間接ビリルビン	0-0.8	0.7	mg/dl	

