

【配偶者以外の被扶養者用】
【任意継続被保険者およびその被扶養者用】

補助金を請求する健診項目に✓を入れてください ☐ 生活習慣病健診 ☐ 人間ドック

健康診断費用補助金請求書

請求金額 一金 7, 1 5 0 円				
被保険者証の 記号・番号	—		受診者氏名	
受診年月日	年 月 日			
医療機関名				
振込先	銀行 信金 信組 農協	本店 支店 出張所	預金種別	普通
(被保険者名義の口座を 記入してください)	口座 番号	口座名義人 (被保険者名)	フリガナ	
添付書類✓欄	☐ 健診費用領収書(写) ☐ 健診結果表(写) (表紙も含めすべてのページ) ☐ 受診前に回答する質問票(写) (下記注意事項の4.参照)			
以上のとおり請求します 三谷健康保険組合理事長 殿 年 月 日 被保険者住所 〒 — 被保険者氏名				

【注意事項】

1. 受診券(セット券)を利用した特定健診を受診した方は、特定健診にかかる費用は全額健保組合が負担いたしますので、この請求書の提出は不要です。
2. 特定健診ではなく、①生活習慣病健診②人間ドックを受診した場合の費用補助は、2024 度中に①と②のどちらか 1 回のみです。(特定健診を受診した方は補助不可)
3. 特定健診ではなく、生活習慣病健診や人間ドックを受けた場合、特定健診の検査項目を満たしている場合に限り、7,150 円を補助します。
4. 請求の際には、健診費用の領収書と結果表(表紙を含めてすべて)のコピーを添付してください。また、受診前に回答する質問票のコピーも添付してください。(医療機関へ提出される前に写しをお取りください。)ただし、健診結果表に質問票の回答結果が記載されている場合は質問票の提出は不要です。健診結果表に質問票の回答結果の記載がなく、事前の質問票の写しもない方は、健診案内に同封した質問票にご回答いただき、請求書に添付して提出してください
5. 請求の受付締切は、**2025年2月末日**です。(健保組合必着)

健診結果はいかがでしたか？

当組合では、疾病の予防・早期発見・重症化予防を目的として、健診で要精検・要治療に該当した方やメタボ判定で特定保健指導に該当した方、生活習慣病の重症化予防に取り組んでいただきたい方などへの受診勧奨に取り組んでおります。
健診を受けただけでは病気は予防できません。健康保持のため、健診結果を有効に活用し、要精検・要治療に該当した方はできるだけ早めに医療機関を受診しましょう。

(送付先・お問い合わせ先)
〒910-8510 福井県福井市豊島 1-3-1 三谷ビル 5 階 三谷健康保険組合
TEL 0776-20-3155 FAX 0776-20-3169 ホームページ <https://www.mitani-kenpo.jp>