

愛知県農協健康保険組合理事長 様

事業所名
(申請者) 氏 名
記号番号

—

人間ドック助成金交付申請書

下記のとおり人間ドックを受診しましたので、関係書類を添えて助成金を申請します。

記

1. 助成金交付申請額 _____ 円

受診した健診項目に ○印を記入してください。	対象年齢	助成金額 (上限額)
人 間 ド ッ ク	30歳以上	15,000 円
人間ドック節目年齢加算	受診年度末に30歳、35歳、40歳、45歳、 50歳、55歳、60歳、65歳、70歳が対象	5,000 円
乳 がん 検 診 (人間ドックと併用のみ)	30歳以上	4,400 円
子 宮 頸 がん 検 診 (人間ドックと併用のみ)	30歳以上	3,300 円
前 立 腺 がん 検 診 (人間ドックと併用のみ)	50歳以上	1,690 円

2. 受診者 (被扶養者の場合は、その者の氏名・続柄を記入)

氏 名	続 柄

3. 終了証明欄

上記受診者が人間ドックにより検査が終了したことを証明します。 令和 年 月 日 健診機関名

(添付書類)

①検査結果の写し

②領収書の写し

※未受診の項目がある場合は、助成金の対象外となりますのでご注意ください。

※健診結果は健保組合で保存・保管がされます。

なお、特定健康診査とみなす場合があります、必要であれば特定保健指導等に活用いたします。

※健診結果は、助成金支払事務・計および分析・内容点検がある他、特定健康診査とみなす場合は、国への実施結果報告として健診結果を匿名化し、部分的に提出されますので同意のうえ受診してください。