

(様式19号)

令和 年 月 日 支給

支部長印

費用額	支給額
円	円

担当者

人間ドック等助成金支給申請書

被保険者証 記号・番号	宮建	受診者	氏名
		生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
受診年月日	平成 令和 年 月 日	受診費用額	(消費税を含まない額) 円
受診種別	※ 該当するもの一つを○で囲んでください。 (一枚の申請で選べる種別は一つのみとなります。複数は選べませんのでご注意ください。) 人間ドック ・ 脳ドック ・ 健康診断 ・ アスベスト検診		

振込金融機関 (組合員様名義の口座)	銀行名	支店名 本店 支店	預金の種類	普通・当座・貯蓄
	銀行 信金 信組 農協 労金 その他		口座番号	

※ 組合員様名義の口座へ振り込むこととなります。(ご家族の方や、事業所名義は対象外です。)

申請に必要なもの	・ 領収証 (原本) (受診者名・受診種別等の記載のあるもの) ・ 明細書 (写し) (領収証に受診者名・受診種別等の記載がない場合に添付) ※ 領収証の宛名は受診者個人名のもの (会社名、会社名+個人名は不可)
----------	--

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

郵便番号 電話番号

組合員 住所

フリガナ
氏名 ㊟

(申請先) 宮城県建設業国民健康保険組合理事長

人間ドック等を受けたとき

人間ドック・脳ドック・健康診断・アスベスト検診を個別で受診したときに申請します。

添付書類

1. 領収証（原本）（被保険者あての領収証に限る。）
2. 明細書（写し）

領収証は「受診者名」、「受診種別等」の記載があるものに限ります。

領収証に明細が記載されている場合、明細書（写し）は必要ありません。

区分	助成額
人間ドック（特定健診分を除く）	受診費用の 5 割 23,000 円限度
脳ドック	受診費用の 5 割 23,000 円限度 （前年度助成を受けていない方） 受診費用の 2.5 割 23,000 円限度 （前年度助成を受けている方）
健康診断	受診費用の 5 割 23,000 円限度
アスベスト検診	受診費用の 5 割 23,000 円限度

注意事項

- ① 各健診は、1年に1回限りの助成となります。
- ② 団体人間ドックで受診した分は、助成対象外となります。
- ③ 人間ドック（オプションとして受診されたがん検診等の費用も含む）については、特定健診分を除いた費用に対して助成します。
なお、人間ドックの中の特定健診分と、市町村実施の特定健診の重複受診はしないこと。
- ④ 脳ドックについては、前年度に脳ドックの助成を受けている方は、受診した費用に対し、2.5割の23,000円を限度に助成となります。