

支給決定日	令和 年 月 日	常務理事	事務長			担当
補	記入例	健保記載欄				
取得日	年 月 日	喪失日	令和 年 月 日			

オオゼキ健康保険組合

【契約医療機関以外で受診した場合】

利用補助金申請書

脳ドック受診費用

オオゼキ健康保険組合 理事長 殿

下記に記載の「受診結果の利用目的およびデータの取り扱い」について同意の上、健診結果票を添えて定期健診費用およびオプション検査の補助金を申請します。

■ 被保険者	提出日	令和 × 年 × 月 × 日	提出
被保険者証の	記号	番号	所属店名
	××	××××	××店
	被保険者氏名	健保 太郎	(日中の)連絡先
			<input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 所属店舗
			×××-××××-××××

■ 脳ドックを受けた方 (受診日に健康保険の資格がない方は申請できません)

(被保険者 ・ 被扶養者) を付けて下さい。

受診者	ふりがな	けんぼ たろう	生年月日
	氏名	健保 太郎	昭和 平成
			××年 ×× 月 ×× 日
受診日	令和 年 月 日	受診医療機関名	××クリニック

検査項目	補助金額(上限) (税込)	支払金額(税込)	記入欄	健保	備考
脳ドック受診料金	¥ 15,000	¥ 25,000	健保記載欄		

補助金の支払いについては、事業主経由で支給いたします。

1. 在職中の方 (委任状)	事業主に委任します。	令和 ×× 年 ×× 月 ×× 日	被保険者名	健保 太郎
2. 任意継続加入の方 (振込先口座記入)	チェックの無い場合は、受付ができません。忘れずに、✓して下さい。	支店	区分	口座番号
			普通当座	口座名義 (カタカナ)
備考欄	<input checked="" type="checkbox"/> 以下の内容を確認して ✓ してください。 この申請については、①又は②の要件を満たしたものである。 ① 申請者本人 (被保険者) が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。			

【受診結果の利用目的およびデータの取り扱いについて】

受診結果は、オオゼキ健康保険組合が委託する株式会社/リユールHRにて取りまとめ後、健保組合及び会社の健康管理部門において、次の目的のために使用されます。なお、健診結果データの取り扱いについては、個人情報保護法及び関連法令等を遵守し、個人情報保護管理規定に基づいて安全に管理致します。

- 法の規定に基づいて「データヘルス計画」を実施するため
- 労働安全衛生法及びその他関連法令等による安全・衛生管理のため
- 受診者の健康保持・増進や疾病予防または保健指導のため

■ 注意事項

1 補助対象者等	対象者	対象検査	補助額
	被保険者 40歳以上の 被扶養者 (5年毎)*	脳ドック、または頭部MRI/MRA、 頭部CT、頸部MRA、頸動脈エコー検査	上限 15,000円 (税込)

*健診の対象年齢は「基準日：当該年度3月31日現在における年齢」が、40歳・45歳・50歳・55歳・60歳・65歳・70歳の方です。

- 申請期限は受診日から2ヵ月以内です。
- 脳ドック等を実施している健診機関に電話等で予約後、検査当日に費用の全額を一旦支払い、「領収書」(コピー不可)と「健診結果表の全ページの写し」を添付してください。
●領収書は ①領収印がある。 ②受診者のフルネームが記載してある。 ③受診項目の記載がある。 ④受診者別に発行。
- 受診者別に本申請書を作成してください。※ご夫婦で受診した場合等は、別々に本申請書を作成してください。
- 補助金は、原則として申請書を当組合が受け付けた月の翌月の末日に、事業主経由で支給します。
(任意継続被保険者の方はご指定の振込口座へ振込みます)

受付印

オオゼキ健康保険組合
2021.4.1改版