記入例

申請年月日　〇〇〇〇年　〇〇月　〇〇日

「A.事業所が申請する保健事業費」「B. 被保険者　が申請する補助金」の２種類あります

保健事業費支払依頼書 【A. 事業所が申請する保健事業費】

事業所立替・医療機関支払用					
申請事業所名	〇〇会社　△△事業所			支払合計	支払合計金額は自動計算されるので検算に利用下さい 47,000　円
支払先情報					
カナ	マルサンカクギンコウ			カナ	バツサンカクシテン
振込先銀行名	●▲銀行			支店名	×▲支店
口座種類	(普通)・当座	口座番号	123467	カナ	サンカクサンカク病院
				口座名義	△△病院

申請する項目に〇を記入		補助金項目	金額	健保記入欄	【上限額】
生活習慣病健診	〇	生活習慣病健診（40歳以上）	12,000	健保記入欄には記載不要	健診実費1/2 もしくは3,000円/名 の低い額
	〇	生活習慣病健診（35～39歳）	12,000		健診実費1/2 もしくは3,000円/名 の低い額
		生活習慣病健診（34歳以下） ※尿酸・クレアチニン・眼底検査		上限額を超える申請はできません	1,600円/名
人間ドック		人間ドック（40歳以上）			15,000円/名
		人間ドック　初回受診・節目健診（40歳以上）			30,000円/名
		人間ドック（35～39歳）			15,000円/名
		人間ドック　初回受診（35～39歳）			30,000円/名
〇		健診データ（XMLデータ）提供料	1,000		全額補助
		特定保健指導			全額補助
オプション検査	〇	胃がん検診	16,000		4,000円/名
	〇	大腸がん検診	6,000		1,500円/名
		C型肝炎検査（45歳到達時）			2,000円/名
		乳がん検診		本人： 家族：	4,000円/名 4,000円/名
		子宮頸がん検診		本人： 家族：	2,500円/名 2,500円/名
海外健診		海外一時帰国時健診		本人： 家族：	50,000円/名 50,000円/名
		海外帰国時健診		本人： 家族：	50,000円/名 50,000円/名
		海外健康診査（海外受診）			全額補助
		インフルエンザ予防接種費用			2,000円/世帯
合　計			47,000	合計金額は自動計算されるので検算に利用下さい	

担当者氏名および連絡先電話番号	受　理
担当者氏名：　総務課　東レ　太郎　　TEL:　077-537-0189	健　保　押　印　欄

記入方法などの注意事項を次頁に記載しておりますので、ご確認願います。

＜注 意 事 項＞

1.支払依頼書は「A.事業所が申請する保健事業費」「B. 被保険者が申請する補助金」の２種類ありますので、いずれかの依頼書を選択ください。
また、「支払先」単位での作成をお願いします。

2.支払依頼書の締切(健保到着日)は毎月10日、お支払いは翌月末日払いとなります(土・日・祝日の場合は前日)。

3.支払依頼書と添付書類などに記載漏れがあった場合は、一旦返却します。
支払いが遅延する可能性がありますので必ず記載漏れが無いか、確認のうえ、提出いただきますようお願い致します。

4.支払依頼書には次の書類を添付してください。
①請求書・領収書（原本） 立替払い後の請求書に限り、コピー可
領収書（原本）
②支払対象者名簿（受診者が20名を超過する場合は、EXCELファイルの送付をお願いします。）

5.人間ドック補助金申請は、事前配布しているリストで年齢・受診履歴を確認のうえ、提出いただきますようお願いします。

6.人間ドックは、初回・節目とそれ以外を分けて、金額を記入してください。