

【40歳以上用】健康診査及び人間ドック等健診費用補助金申請書

- 提出先：シャープ健康保険組合（シャープファイナンス株式会社の方は、事業主に提出してください）
- 振込先：従業員は、従業員の給与に、任意継続・特例退職の方は、指定口座に振り込みます。
- 個人情報の取り扱い：公表しております「個人情報基本方針（プライバシーポリシー）」に則り、利用目的の範囲内で取り扱います。
- 特定保健指導対象者：健診結果において特定保健指導対象者と判定された場合は、委託先の（株）ベネフィット・ワンに必要な情報を提供します。
- 記入時の注意事項：必ずボールペンまたはペンで記入し、訂正する場合は、修正テープ等は使用せずに訂正印を捺印ください。
- 添付書類の領収書は、必ず原紙を提出してください。返却はできませんので必要な方は事前にコピーをお取りください。
- 治療のために健康保険を使用して検査された費用は、保険診療となり本制度の対象にはなりません。
- ベネフィット・ワン（ハピルス健診）の「生活習慣病健診」「人間ドック」を受診または「特定健診」に追加検査をされた方は、本制度の対象外となります。

① 被保険者（本人）の署名と捺印

シャープ健康保険組合 理事長 殿

令和〇〇年〇〇月〇〇日

住所 〒 123-0000

〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3

連絡先 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

被保険者（本人）氏名 健保 太郎

氏名コード 1234567

※氏名コードは従業員のみ記入してください

申請日をご記入ください。

なお、私の受ける補助金の
ます。

- 医療機関等に補助金支給決定に必要な範囲で
内容照会を行うことについて同意し、署名します。

被保険者等の記号・番号は、マイナポータル、資格
情報のお知らせ又は資格確認書のいずれかで確認
できます。

署名は健診受診者ではなく、
従業員または被保険者本人の
お名前をご記入ください。

健保

② 健診受診者（従業員本人は申請対象外です*1）

被保険者等の記号	被保険者等の番号	受診者の氏名	受診者の生年月日
2 0 0 0 9 9 9 9 9 9		健保 花子	昭和〇〇年〇〇月〇〇日 生まれ
健診受診日 ※ 複数受診している場合は、初回と最終回の 日付を記入		(初回) 令和〇〇年5月20日 (最終回) 令和〇〇年9月15日 (計2日受診)	
受診費用(税込)		8,000 円	
受診項目 (該当項目に○)	基本健診 がん検診	人間ドック・特定健診・その他(大腸がん・胃がん・肺がん・乳がん・子宮頸がん) その他()	

*1従業員本人の費用補助は、健保ではなく『会社の制度』**2をご利用ください。

**2SHARP イン트라ネットホームページで「人間ドック費用補助」で検索

1回だけの健診の場合は（初回）に
のみ受診日をご記入ください。

2回以上の受診を合算する場合は
（初回）と（最終回）の受診日、
及び健診を受診した合計日数を
ご記入ください。

④ 申請書類の確認（チェックリストとしてご利用下さい）

申請に必要な書類	<input checked="" type="checkbox"/> 人間ドック等健診費用補助金申請書（本書）
	<input checked="" type="checkbox"/> 領収書原本 ※ 受診者と健診内容がわかるもの、コピーやレシートは不可
人間ドック等の 基本健診を受診された 場合の追加書類	<input type="checkbox"/> 特定健診結果報告書
	<input type="checkbox"/> 特定健診質問票
	<input type="checkbox"/> 健診結果（特定健診の数値記載ページ）のコピー

【健保処理欄】

受診年度		受付 No.		書類チェック	
内容チェック		補助上限額	2万・1万	健保支給額	
備考					

受付日