

### 【39歳以下被扶養配偶者と任継被保険者用】健康診査及び人間ドック等健診費用補助金申請書

- ① 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）
- ② 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。
- ③ 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。
- ④ 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。
- ⑤ 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。
- ⑥ 治療のために保険証を用い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。

**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

住所 〒 123-0000  
〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3

令和〇〇年〇〇月〇〇日

申請日をご記入ください。

受ける補助金の  
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。

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** 健保印

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

保険証をご確認ください。

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。

**② 健診受診者 (従業員本人は申請対象外です\*1)**

被保険者証の記号	被保険者証の番号	受診者の氏名	受診者の生年月日
2 0 0 0 9 9 9 9 9 9		<b>健保 花子</b>	昭和 平成 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 9月 15日	(最終回) 令和 〇〇年 5月 20日 (計 2日受診)
受診費用(税込)		<b>8,000 円</b>	
受診項目 (該当項目に○)	基本健診	人間ドック・特定健診・その他( <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">大腸がん</span> ・胃がん・肺がん・ <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">乳がん</span> ・ <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">子宮頸がん</span> )	
	がん検診	その他( )	

**③ 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

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。

\*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

**【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	健保支給額	
備考					

