

申請ルート: 申請者(被保険者) → ミットヨ健康保険組合

人間ドック補助金申請書(契約以外の医療機関での受診)
領収書、検査結果表(コピー)及び標準的な質問票(問診票)を添付して提出してください

ミットヨ健康保険組合 御中

被 保 険 者	被保険者等記号		被保険者等番号		申請日	
	氏名	氏		名	社員番号	
					生年月日	
	所属名称					
受 診 者	(フリガナ)	氏 ()	名 ()	続柄	本人	
	氏 名				配偶者	
					受診時の満年齢	歳
	住民票住所	〒 -				
検診機関名						
受診日						
総 額		円		補助金額 (健保組合記入欄)		円

《注意事項》

- 補助対象となる受診期間は4月1日～11月30日です。補助金申請は2月末日までに健保必着で申請してください。上記受診期間を過ぎた受診、および補助金申請締切日以降については補助金のお支払ができませんのでご注意ください。
- 補助金支給は対象者1人につき年度1回のみ、補助上限額は基本料金に対して30,000円(税込)までです。オプションは全額自己負担です。
- 事業所で行なう定期健康診断や被扶養者向け主婦巡回健診など他の健診との重複受診はできません。
- 毎月20日までに健康保険組合に到着したものは、翌月の給与と一緒に支払いたします。但し申請書類等に不備があった場合は、お支払が遅れることがあります。
- 送付過程による事故や紛失、未着の責任は負いかねます。申請書類一式は返却できません。
- 健康保険証を使用した保険診療は適用されません。
- 領収証は、誰に何の補助金を支給したかという重要な証明書類になります。申請書上の必須項目をご確認のうえ、原本を添付してください。

【領収書記載内容の必須項目】

- ① 受診年月日
- ② 受診者の個人名(フルネーム) ※領収書の宛先は必ず受診者個人氏名でもらってください。
- ③ 支払金額 ※オプションが等がある場合はその内訳(別紙可)
- ④ 人間ドックの受診を示す但し書き(別紙内訳でも構いません)
- ⑤ 医療機関名・住所・連絡先
- ⑥ 医療機関領収印

《必ずお読みください》

特定健診項目を含む人間ドックの健診結果は、ミットヨ健保組合と会社で共同利用することで健康施策の充実を図ります。尚従業員以外の健診結果については会社が利用できない仕組みとなります。ミットヨ健康保険組合の健診補助を利用して受診された方は上記のことをご了承いただいたものとします。尚お預かりした結果データは「ミットヨ健康保険組合プライバシーポリシー」およびミットヨ「MXS1006個人情報保護方針・個人情報保護規程」に基づき、厳重なる管理を行い利用目的以外の使用は行いません。

健保組合受付欄

健保組合受付欄
