

人間ドック等助成金交付申請書

必ず、下記の注意事項をお読みになり太枠内を記入してください。

受 診 者	被 保 険 者 等		氏 名	続 柄	生 年 月 日	性 別	
	記 号	番 号	※健診結果の送付、助成金代理受領を下記機関に委任することを同意したうえでご記入ください。 (フリガナ)	被保険者 ・ 被扶養者	昭和 ・ 61 年 6 月 1 日生 平成	男 ・ 女	
	1234	567	健 保 花 子 ⑩ (自署の場合は押印省略可)				
	住 所		〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇丁目〇〇番地 〇〇荘〇〇号室				
事 業 所 名 称			〇〇〇農業協同組合				
受 診 年 月 日			令和 元 年 5 月 1 日		※ 差額分支払 個人 ・ 事業所		
健 診 内 容 と 助 成 金 金 額 ※未受診の検査項目がある場合は、助成金の対象外となりますのでご注意ください。			受 診 する 健 診 項 目 に 〇印を記入してください。		助成金金額 (上限額)	対 象 年 齢	備 考
			人 間 ド ッ ク	〇	15,000 円	30 歳以上	胃部X線から胃内視鏡へ変更した場合も助成対象（負担有）
			乳 が ん 検 診 (人間ドックと併用のみ)	〇	4,400 円		女性のみ（年度内 1 回助成） 事業所乳がん検診との併用不可
			子 宮 頸 が ん 検 診 (人間ドックと併用のみ)	〇	3,300 円		
			前 立 腺 が ん 検 診 (人間ドックと併用のみ)		1,690 円	50 歳以上	男性のみ（年度内 1 回助成） 巡回バス健診との併用不可
			脳 ド ッ ク	〇	15,000 円	30 歳以上	
			肺 ド ッ ク	〇	10,000 円		
終 了 証 明 欄 ※ 健 診 機 関 記 載 欄			上記受診者の契約内容検査が終了したことを証明します。 なお、未実施の検査項目がある場合は、下記に☑、理由等をご記入ください。 ☐ 妊産婦の胸部並びに胃部のX線検査 ☐ 人工透析者の尿検査 ☐ 聴力障害者の聴力検査 ☐ 検査当日に健診実施機関の医師の判断により（理由 ） 令和 年 月 日 健診機関所在地 健 診 機 関 名 ⑩				

愛知県農協健康保険組合理事長 殿

上記のとおり申請いたします。

【注意事項】

- ① 助成金受領については、上記健診機関へ代理受領を委任することに同意のうえ受診してください。
※未受診の検査項目がある場合は、助成金の対象外となります。
- ② 健診結果は、愛知県農協健康保険組合へ報告され、健保組合で保存・保管されます。なお、特定健康診査とみなす場合があります、必要に応じ特定保健指導に活用いたします。
- ③ 健診結果は、助成金支払事務・統計および分析・内容点検がある他、特定健康診査とみなす場合は、国への結果報告として健診結果を匿名化し、部分的に提出されますので同意のうえ受診してください。