

# 健診等助成金申請書

ジョイフル中勢へご持参、又は郵送にて申請してください。

●ご不明な点は、ジョイフル中勢へお問合せください。

TEL 059-222-1500

事業所名 \_\_\_\_\_

20 年 月 日

会員番号

--	--	--	--	--	--

フリガナ  
会員氏名 \_\_\_\_\_

①

健診日 20 年 月 日

●該当する助成項目を  してご記入ください。個人負担金額を下記の6段階で助成します。

助成項目 ※ 健診内容が確認できる領収書を添付		必要書類	
<input type="checkbox"/> 付加健診 一般(定期)健診以外で、各自が追加して受診する健診等 <small>(尿沈渣顕微鏡検査・血液学的検査・生化学的検査・眼底検査・肺機能検査・腹部超音波検査・胃内視鏡検査等)</small>		<b>【領収書(原本) 診療明細書等】</b> 医療・健診機関発行の領収書(原本)の宛名が会員のフルネームであること。「人間ドック」等の記載の場合、一般健診項目が含まれていますので、7,000円減額した金額が個人負担金額となります。ご了承いただける場合は受診項目が確認できる書類は不要です。受診項目が確認できない場合は、診療明細書・検査結果等のコピー(結果数値などは隠して)を添付してください。 乳がん・子宮がん等の自己負担分と健康保険適用の金額が合算されている領収書は、自己負担分のみで申請してください。	
<input type="checkbox"/> がん検診(胃がん・乳がん・子宮がん・肺がん・大腸がん・前立腺がん等)			
<input type="checkbox"/> 人間ドック・脳ドック・PET・MRI 検診等			
合計金額 ※ 個人負担金額	助成金額	支払い方法	
<input type="checkbox"/> 2,000円以上 4,000円未満	1,000円	申請口座へ振込み ドックと付加健診等の領収書に一般健診が合算されている場合は、個人負担であっても一般健診分(7,000円)を減額した金額を個人負担金額とします。(協会けんぽを基準に設定しています。)	
<input type="checkbox"/> 4,000円以上 8,000円未満	2,000円		
<input type="checkbox"/> 8,000円以上 12,000円未満	4,000円		
<input type="checkbox"/> 12,000円以上 16,000円未満	6,000円		
<input type="checkbox"/> 16,000円以上 30,000円未満	8,000円		
<input type="checkbox"/> 30,000円以上	10,000円		

**【対象外の健診】**

・一般(定期)健診とは、労働安全衛生法に定められた健診内容です。

(診察等、身体計測、血圧測定、尿検査、便潜血反応検査、血液検査、心電図検査、胸・胃部レントゲン検査等)

・健康保健適用。

**【注意事項】**

- ① 申請は、年度1回限りです。ただし、年度内に複数の健診をされた場合は、1度にまとめて申請してください。
- ② 健診時と申請時に会員であることが基本です。
- ③ 領収書の原本はコピーした後、返却します。

●助成金の振込先(いずれかに  をつけてください。)

- 登録されている本人口座へ振込む
- 登録されている事業所口座(会費引落口座)へ振込む
- 初回の申請と上記以外は下記の口座へ振込む

振込先 金融機関名	銀行・信用金庫 労働金庫・農協	本店・支店 支所 出張所・営業所
金融機関コード		店番
口座の種類	1. 普通      2. 当座	口座番号
フリガナ 口座名義人		

ジョイフル中勢記入欄

入会年月日	年 月 入会
回数	年度1回限り
申請期間	翌年度の6月末日
支出年月日	20 年 月 日

入力印	受付印