

# 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。

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9段階で助成します。

助成項目 ※ 健診内容が確認できる領収証を添付	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> <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"/> ドック・脳ドック・PET・MRI 検診等	<b>【領収証(原本) 診療明細書等】</b>																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">合計金額 ※ 自己負担金額</th> <th style="width: 20%;">助成金額</th> <th style="width: 50%;">支給方法</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1,000 円以上 2,000 円未満</td> <td style="text-align: center;">500 円</td> <td rowspan="9" style="vertical-align: top;">           申請口座へ振込み            注意: 領収証に一般健診が合算されている場合は、全額自己負担でも一般健診代金(*7,000 円)を減額して自己負担金額とします。            *協会けんぽを基準に設定         </td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2,000 円以上 4,000 円未満</td> <td style="text-align: center;">1,000 円</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4,000 円以上 6,000 円未満</td> <td style="text-align: center;">2,000 円</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 6,000 円以上 8,000 円未満</td> <td style="text-align: center;">3,000 円</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 8,000 円以上 10,000 円未満</td> <td style="text-align: center;">4,000 円</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 10,000 円以上 12,000 円未満</td> <td style="text-align: center;">5,000 円</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 12,000 円以上 14,000 円未満</td> <td style="text-align: center;">6,000 円</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 14,000 円以上 16,000 円未満</td> <td style="text-align: center;">7,000 円</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 16,000 円以上</td> <td style="text-align: center;">8,000 円</td> </tr> </tbody> </table>	合計金額 ※ 自己負担金額	助成金額	支給方法	<input type="checkbox"/> 1,000 円以上 2,000 円未満	500 円	申請口座へ振込み 注意: 領収証に一般健診が合算されている場合は、全額自己負担でも一般健診代金(*7,000 円)を減額して自己負担金額とします。 *協会けんぽを基準に設定	<input type="checkbox"/> 2,000 円以上 4,000 円未満	1,000 円	<input type="checkbox"/> 4,000 円以上 6,000 円未満	2,000 円	<input type="checkbox"/> 6,000 円以上 8,000 円未満	3,000 円	<input type="checkbox"/> 8,000 円以上 10,000 円未満	4,000 円	<input type="checkbox"/> 10,000 円以上 12,000 円未満	5,000 円	<input type="checkbox"/> 12,000 円以上 14,000 円未満	6,000 円	<input type="checkbox"/> 14,000 円以上 16,000 円未満	7,000 円	<input type="checkbox"/> 16,000 円以上	8,000 円	<b>医療・健診機関発行の領収証は会員のフルネームであること。</b>  ※領収証の原本はコピーの後返却します。
合計金額 ※ 自己負担金額	助成金額	支給方法																					
<input type="checkbox"/> 1,000 円以上 2,000 円未満	500 円	申請口座へ振込み 注意: 領収証に一般健診が合算されている場合は、全額自己負担でも一般健診代金(*7,000 円)を減額して自己負担金額とします。 *協会けんぽを基準に設定																					
<input type="checkbox"/> 2,000 円以上 4,000 円未満	1,000 円																						
<input type="checkbox"/> 4,000 円以上 6,000 円未満	2,000 円																						
<input type="checkbox"/> 6,000 円以上 8,000 円未満	3,000 円																						
<input type="checkbox"/> 8,000 円以上 10,000 円未満	4,000 円																						
<input type="checkbox"/> 10,000 円以上 12,000 円未満	5,000 円																						
<input type="checkbox"/> 12,000 円以上 14,000 円未満	6,000 円																						
<input type="checkbox"/> 14,000 円以上 16,000 円未満	7,000 円																						
<input type="checkbox"/> 16,000 円以上	8,000 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 健診時と申請時に会員であること。
- ② 申請は、年度(4月1日～翌年3月31日)1回限り。ただし、年度内に複数の健診をされた場合は、合算して申請可。
- ③ 申請期限は、翌年6月30日まで。

●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30日
支出年月日	20 年 月 日

入力印	受付印