

【提携外施設での人間ドック受診用】【35歳未満 被扶養者・任継者の一般健診受診用】

コムシスホールディングス健康保険組合

【記入例】2025年度 健康診断・人間ドック補助

受診期間：2025年(令和7年)4月1日～2026年(令和8年)3月31日迄

※鉛筆・消えるボールペン不可

当申請書は提携施設で人間ドック等を受けた方は利用できません
(提携施設窓口の精算時点ですべての補助が完了しています)

被保険者名	健康 太郎	被保険者等	記号 X 番号 XXXXXXX	所属会社名	XXXXX株式会社
フリガナ	ケンコウ ハナコ	性別	続柄	日中連絡先	050 - XXXX - XXXX
受診者名	健康 花子	女	本人 (配偶者) その他 ()	受診者の生年月日	昭和 45 年 XX 月 XX 日 受診時年齢 XX 歳
受診日	XXXX 年 XX 月 XX 日	健診機関名	XXXXクリニック 健診センター (略称不可・領収書記載の施設名)		
本人確認 (該当の場合✓か○)	<input checked="" type="checkbox"/>	当申請について... 1. 申請者本人 (被扶養者) が記載内容について誤りがないか確認している。 2. 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。			
承諾欄 (承諾の場合✓か○)	<input checked="" type="checkbox"/>	本補助金還付... 健康保険組合にて補助額を算定することに承諾します。 例) 人間ドックにて、対象検査以外の項目が入ったセット料金、または人間ドック本体に対象検査が含まれている等の事情で対象検査のみの合計額が不明な場合 等			

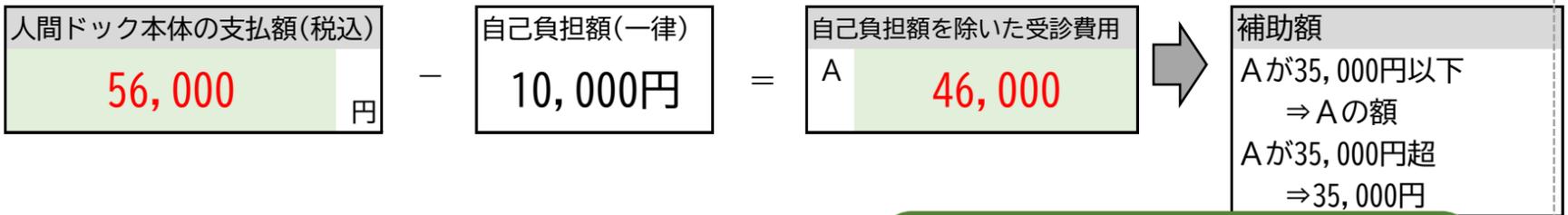
チェックが無い場合は補助できません

請求内容

一般健康診断 (35歳未満の被扶養者) ⇒補助額上限7,000円

35歳未満で一般健診を受診した方はこちらにチェックを入れてください

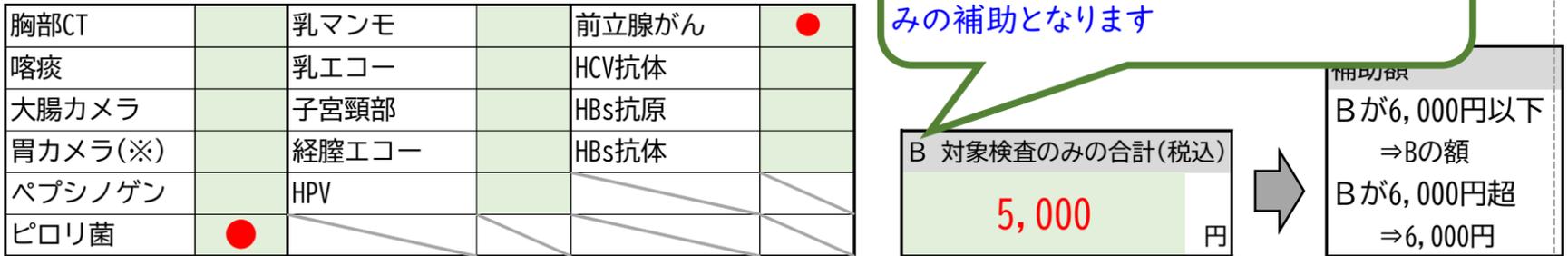
人間ドック



オプション補助金請求(人間ドックのみ)

下に定める「対象検査」のみが補助の対象です。受診した項目に○をつけて人間ドック本体額にオプション項目が含まれている場合も、含まれていた

対象検査のみの金額が不明瞭な場合は、上の承諾欄の通り、健保が算定した額のみ補助となります



(※) 胃X線から胃カメラへの変更差額を含む

添付書類確認欄

提出前に添付書類が揃っているか

- 領収書原本 (受診者名のわかる)
- 健診結果の写し (健診機関)
- 当申請書2枚目の問診票 (※健診結果の写しと併せて提出)
- 【オプション項目申請時】支払内訳のわかる請求明細書等のコピー (明細が無い場合は料金表等で領収金額と合致するもの)

40歳以上の方で、健診機関から提示された資料に問診の内容が含まれていない場合、申請書2枚目を記入し提出

退職後、任意継続被保険者として加入されている方

振込先の口座情報が必要です。通帳の写し等を同封頂くか、下に情報を記入願います。

現役の被保険者の方は給与で還付するので記入不要

銀行名	普通当座	口座番号	口座名義 (フリガナ)
			受診者名でなく、被保険者名の口座のみ指定可能。

封筒のラベルにご利用ください。送付の際は必ず切手を貼ってください。

〒859-3226
 長崎県佐世保市崎岡町3068-9
 佐世保情報産業プラザ第2棟2F
 ウィーメックス株式会社健康検診部
 コムシスホールディングス健康保険組合 受付係