【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】2026年度　健康診断･人間ドック補助

受診期間：2026年(令和8年)4月1日～2027年(令和9年)3月31日迄

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）

※鉛筆・消えるボールペン不可

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
				日中連絡先	050 — XXXX — XXXX
フリガナ	ケンコウ　ハナコ	性別	続柄	受診者の生年月日	受診時年齢
受診者名	健康　花子	女	本人・[✓ 配偶者]・その他（　　）	[✓ 昭和] 平成 45 年 XX 月 XX 日	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 （✓か○）	☑	当申請について…である。 1. 申請者本人（… 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 （✓か○）	☑	本補助金還付…して事業主に委任します。（任意継続者を除く） 健診の…対象項…できない場合、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）一般健康診断にて、補助対象項目以外の検査項目を受診しているが総額しか明示されない場合 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…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

人間ドック本体の支払額(税込)		自己負担額(一律)		自己負担額を除いた受診費用		補助額
56,000 円	−	10,000円	＝	A 46,000	⇒	Aが35,000円以下 ⇒Aの額 Aが35,000円超 ⇒35,000円

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、含まれていた項…

胸部CT		乳マンモ		前立腺がん	●
喀痰		乳エコー		HCV抗体	
大腸カメラ		子宮頸部		HBs抗原	
胃カメラ(※)		経膣エコー		HBs抗体	
ペプシノゲン		HPV			
ピロリ菌	●				

（※）胃X線から胃カメラへの変更差額を含む

B 対象検査のみの合計(税込)		補助額
5,000 円	⇒	Bが6,000円以下 ⇒Bの額 Bが6,000円超 ⇒6,000円

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
みの補助となります

添付書類確認欄

提出前に添付書類が揃っているかこ…

☐ 領収書 原本（受診者名のわか…

☐ 健診結果の写し（健診機関…出は不可）

☐ 当申請書２枚目の問診票（健診…

☐ 【オプション項目申請時】支払内訳のわかる請求明細書等（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いただくか、下に情報を記入願…ります。

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				支店 営業所	
口座種別	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