

理事長	常務理事	事務長	課長	副課長	係

支給年月日	年 月 日
支給決定額	円
組合員種別	第 1 種 ・ 第 2 種

人間ドック、健康診断補助金支給申請書(令和 8 年度)

(申請期限は令和 9 年 2 月 28 日まで)

被保険者証 記号・番号(枝番)	記号・番号 ・	枝番 ()	受診者 氏名	組合員との続柄 ()	
生年月日	昭和・平成 年 月 日 受診時年齢 () 歳		受診した 種類	1 人間ドック 2 健康診断	
受診した日	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで (日間)				
受診した 医療機関	(所在地) (名称)				
振 込 先	銀行・支店名	銀行・信用金庫			支店
	フリガナ 名義人		口座種類	普通 ・ 当座	
			口座番号		
上記のとおり別紙証拠書類を添えて申請します。 令和 年 月 日 〒 申請人自宅住所 _____ 電話 () 申請人氏名 _____ 印 埼玉県歯科医師国民健康保険組合理事長 様					

(注) 上記の申請ができる対象者及び補助金額は以下のとおりです(年度内に人間ドック及び健康診断いずれかの申請)

- 第 1 種組合員は、人間ドック 40,000 円または、健康診断 5,000 円
- 第 2 種組合員は、人間ドック 25,000 円または、健康診断 4,000 円
- 第 1 種・第 2 種家族は、人間ドック 20,000 円 (健康診断の補助はありません)
- 40 歳以上の方が契約医療機関で受診する場合はこの申請書に記入(振込先の記入は不要)し、受診時に特定健診受診券と一緒に医療機関へ提出してください(一部契約医療機関は費用を全額立て替える必要があります)
- 40 歳以上の方が契約医療機関以外で受診した場合はこの申請書に記入し、領収書(R7 からコピーでも可)と特定健診項目に係る検査結果及び質問票を必ず添付して申請してください
- 申請期限は基本的に令和 9 年 2 月 28 日までです(R9.3 月受診者を除く)。