理事長	常務理事	事務長	係

令和 年度 被保険者 人間ドック 脳ドック 支給申請書
被扶養者 が ん ド ッ ク

サイボー健康保険組合理事長 殿

① 被保険者証 記号・番号	記号	番号
② 被保険者の氏名	フリガナ	
③ 被保険者の住所	〒	
④ 被保険者の電話番号	()	
⑤ 受診者氏名・生年月日	氏名	
	生年月日	昭和 年 月 日
⑥ 受診機関の名称		
⑦ 受診機関の住所	〒	
⑧ 受診機関の電話番号	()	
⑨ 受診日	令和 年 月 日	

2023.4

対象者・・・年度末年齢40歳以上の、被保険者・被扶養者・任意継続者

受診対象期間・・・4月1日～翌年2月末日

申請締切り日・・・3月末日

申請方法・・・領収書(原本)と健診結果コピー、別紙の質問票(全てに記入)を申請書に添付して事業所担当者を通して健康保険組合に提出(休職者及び任意継続者は健康保険組合に提出)

補助額・・・年度内に1回、20,000円(上限)

支払方法・・・事業所経由にて支給 事業所により異なる(給与振込か個人振込)、休職者と任意継続者は個人振込

【注意事項】

- ・契約機関の人間ドック・脳ドックを同年度内に利用している場合には、この補助金は受けられません
- ・同年度内に、2回受診し補助を受けた場合、後に受診した検診に係る補助金を返金していただきます

提出前に下記を確認し✓してください

《被保険者の方》

- 同年度内に契約機関の人間ドック・脳ドックを受診していません(受けません)
- 同年度内に「単独がん検診補助金」を利用していません(利用しません)

《被扶養者・任意継続者の方》

- 同年度内に特定健康診査・健康診断や、契約機関の人間ドック・脳ドックを受けていません(受けません)
- 同年度内に「単独がん検診補助金」を利用していません(利用しません)

受付印