2025年度　被保険者人間ドック受診費用補助金申請書

被保険者等の記号　・　番号	―	**フリガナ**	
		氏　名	
（連絡先）住所・電話番号	〒		
			（　　）
勤務先名称		**所属**	
受診日	西暦　　年　　月　　日		
受診内容	人間ドック		
健診費用（健診機関で支払った額）	円		
健診機関名	**名称**	**所在地**	〒

上記のとおり人間ドックを受診したので、必要書類を添付して補助金を申請します。

令和　　年　　月　　日

被保険者　氏名　　印

JMA健康保険組合殿

振込先指定口座	金融機関名称	銀行						支店				
	預金種別	普通　・　当座	口座番号									※左づめで記入
	口座名義(カナ)											※原則、被保険者名義となります

《補助金申請時の注意事項》

※この申請には、『**領収証(原本)**』及び『**人間ドック結果通知書(写し)**』を添付してください。
　添付する領収書の宛名は必ず受診者名となっていること。またドックの内容が記載されていること。

※別紙の基本検査項目一覧(人間ドック学会基準)の項目をすべて受診して頂くことを補助条件とします。
　健診項目をご自身でキャンセルした場合は、補助の対象外となりますのでご注意ください。
　基本検査項目一覧にないその他の検査(オプション検査等)については受診されても健保の補助はありません。

※受診期間：2025年4月1日～2026年3月31日

※2025年度受診分申請期間：2025年4月11日～2026年4月10日（厳守）

《送付先》：JMA健康保険組合

〒243-0438　神奈川県海老名市めぐみ町2番2号 ViNA GARDENS OFFICE 12F　　TEL：046-233-3510

補助金額（上限）1人1回/年	**健診費用の半額（上限20,000円）**※100円未満切捨て

健康保険組合使用	
支給額	円
支払年月日	令和　　年　　月　　日

受付印