

2024年度 被保険者人間ドック受診費用補助金申請書

被保険者証の 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
	口座名義(カナ)	※左づめで記入	
※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：2024年4月1日～2025年3月31日
※2024年度受診分申請期間：2024年4月11日～2025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
