

記入例

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	1000 - 20200401	フリガナ 氏名	ケンポ ○ミ 健保 ○美
(連絡先) 住所・電話番号	〒243-0000 神奈川県海老名市河原口○○○○ 090 (1234) 5678		
勤務先名称	海老名総合病院	所属	3東病棟
受診日	西暦 2025 年 7 月 1 日		
受診内容	人間ドック		
健診費用 (健診機関で支払った額)	36,000 円		
健診機関名	名称 ○○健診センター	所在地	〒243-0000 神奈川県海老名市○○
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 7 年 7 月 8 日 被保険者 氏名 健保 ○美 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	1 2 3 4 6 7 8 ※左づめで記入
	口座名義(カナ)	ケンポ ○ミ	※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

※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)

申請書及び添付書類は、
健保組合へ提出ください。

《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
--------------------	-------------------------------

【添付書類】

- ①領収書(原本)
②人間ドック結果通知書(写し)

受付印