

契約外機関 受診用

決裁	常務理事	事務長	事務次長	担当	

振込年月日 年 月 日 支給額 円

DM三井製糖グループ健康保険組合 御中

【全加入者用】脳検査 健診費用補助金申請書

※任意継続被保険者の被保険者(本人)も被扶養者(ご家族)もこちらの様式をお使いください。

※健診における「満年齢」については「年度末(翌年3月末日)時点の年齢」とする。

被保険者の健康保険	記号	番号	氏名	
1.受診者氏名	(続柄)			
2.受診者生年月日	年 月 日 (満年齢 歳)			
3.受診機関(病院)名				
4.健診種別(該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 被保険者 脳検査(満35歳以上)		<input type="checkbox"/> 被扶養者 脳検査(満40歳以上)	
5.健保請求額	円			
6.脳検査受診日	年 月 日 ※本年4月1日～3月31日までの受診のみ対象			
7.健康診断受診日(受診予定日)	年 月 日 ※本年4月1日～3月31日までに健診受診が必須			

受領委任欄	*受領委任欄は記入例の通り必ず記入してください。未記入の場合は返却し、再提出をお願いいたします。【任継記入不要】
本申請書に基づく保健事業に関する受領を事業主に委任します。 事業主名 _____	
被保険者氏名	提出年月日 年 月 日

【申請手続要領】 補助(健保請求)額 一人年1回

領収書金額	円
-------	---

計算例 脳検査費用上限 38,500円

(金額:税込)

資格	年齢	脳検査費用	個人負担額	健保負担(請求)額	
被保険者	35歳以上	38,500円(上限まで)	11,000円※	27,500円	※個人負担額11,000円は固定
		40,000円(上限以上)	12,500円※	27,500円	※11,000+(40,000-38,500)
被扶養者	40歳以上	38,500円(上限まで)	27,500円	11,000円※	※健保負担(請求)額11,000円は固定
		40,000円(上限以上)	29,000円	11,000円※	※健保負担(請求)額11,000円は固定

①補助金申請方法 以下の書類を必ず添付の上、健保組合へ提出。

1.医療機関発行の領収書(+あれば領収明細書)(原本) ※脳検査受診がわかるもの

【対象期間】 本年4月1日～3月31日受診分まで(資格喪失日もしくは任継満了日以降の受診は対象になりません)

【提出期限】 翌年4月10日健保必着 ※対象期間外・提出期限を過ぎたものについては、受付できません。

※必ず同一年度内に、健康診断(人間ドック・生活習慣病健診・家族健診・巡回健診(巡回レディース健診)など)を受診していることが必須条件

※脳検査費用は全額窓口でお支払いいただき、補助金請求をお願いします。健保組合より健保負担分を補助いたします。

(金額:税込)

脳検査	【対象者】 全被保険者 35歳以上	被保険者(35歳以上)	個人負担	上限金額まで 11,000円
	上限金額 38,500円		個人負担	上限金額以上 (>38,500円) 11,000円+上限額を 超える金額
*令和8年度より契約外機関でも可	【対象者】 被扶養者 40歳以上	被扶養者(40歳以上)	個人負担	健保の負担額(11,000円)を 除した額
	上限金額 11,000円		健保負担	11,000円

*健保は個人負担額を除いた金額を負担する。