

## 定期健康診断補助支給申請者一覧

事業所記号: \_\_\_\_\_

事業所名称: \_\_\_\_\_

注1:年度末(3月31日)の年齢をご記入ください。

※2添付  
確認チェック

健診機関	被保険者 番号	受診者名	本・家	注1 年齢	健診種類※1	受診日	受診金額	健保 補助額	質問票	データ
〇〇〇〇	58	健保 太郎	本	40	人間ドック	07/10	38,000	25,000		○
〇〇〇〇	58	健保 太郎	本	40	注2 前立腺癌(PSA)	07/10	2,000	1,800		
<b>注2: 前立腺癌(PSA)の補助は、「人間ドック」健診項目に含まれてる場合は申請できません。</b>										
記入例	◇◇◇◇◇	102	健康 花子	家	45	生活習慣病健診	07/15	21,000	15,000	○
	◇◇◇◇◇	102	健康 花子	家	45	子宮がん検診	07/15	3,500	3,500	
	◇◇◇◇◇	102	健康 花子	家	45	乳がん検診	07/15	7,500	4,000	
							計			

※1 一般健診・生活習慣病・人間ドック・乳がん検診・子宮がん検診・前立腺がん(PSA)

※2 40歳以上の方は、質問票またはXMLデータを必ず添付してください。