

記入例

人間ドック等検査費用助成制度証明書

提出日

〇〇年〇〇月〇〇日

(提出先) 上田市長

保険者又は事業所 名称 〇〇〇〇健康保険組合



電話番号 0268-22-4100

担当者名 真田 武

次の人間ドック等検査受診者に係る助成金の交付状況について、下記のとおりであることを証明します。

この枠内については、受診者が記入してください。

人間ドック等受診者	氏名	上田 太郎		
	生年月日	昭和35年11月22日		
	保険証記号	1234	番号	12345678
人間ドック等の種類	1 1泊2日人間ドック	2 日帰り人間ドック	3 脳ドック	
受診日	〇〇年〇〇月〇〇日 ~ 〇〇年〇〇月〇〇日			
医療機関名	〇×病院			

以下については、「保険者又は事業所」が記入してください。

記

1 人間ドック・脳ドック検査費用助成制度の有無について (該当番号に〇)

- ① 有
- ② 無

注) 特定健診分に対する助成がある場合のみでも、「有」にしてください。

※「有」の場合は、以下についてもご記入ください。

2 助成金の申請方法について (該当番号に〇)

- ① 事前申請
- ② 受診後申請
- ③ その他 ( )

3 助成対象の可否について (該当番号に〇)

- ① 対象 (対象であり、既に助成済)
- ② 対象 (対象であり、今後申請があれば助成可能)
- ③ 対象外 (理由: )

今回の人間ドック等の受診について、助成対象になるかどうか記入してください。

対象外となる場合は、その理由を記入してください。  
(例)「対象年齢外のため」「指定病院で受診していないため」等

4 助成金額 5,000 円 (備考 )

助成対象になる場合は、助成金額を記入してください。  
注) 特定健診分に対する助成がある場合は、その助成金額も含めてください。

# 人間ドック等検査費用助成制度証明書

年 月 日

(提出先) 上田市長

保険者又は事業所 名 称 (印)

電話番号

担当者名

次の人間ドック等検査受診者に係る助成金の交付状況について、下記のとおりであることを証明します。

人間ドック等受診者	氏 名			
	生 年 月 日	昭和	年	月 日
	保険証記号		番 号	
人間ドック等の種類	1 1泊2日人間ドック	2 日帰り人間ドック	3 脳ドック	
受 診 日	年 月 日 ~			年 月 日
医 療 機 関 名				

## 記

1 人間ドック・脳ドック検査費用助成制度の有無について (該当番号に○)

- ① 有      ② 無

※「有」の場合は、以下についてもご記入ください。

2 助成金の申請方法について (該当番号に○)

- ① 事前申請      ② 受診後申請      ③ その他 ( )

3 助成対象の可否について (該当番号に○)

- ① 対象 (対象であり、既に助成済)  
② 対象 (対象であり、今後申請があれば助成可能)  
③ 対象外 (理由: )

4 助成金額 \_\_\_\_\_ 円 (備考 )