

ライク健康保険組合 御中

常務理事	事務長		担当者

【任意継続被保険者・被扶養者用】オプション検査補助金申請書(令和5年度)

下記の【申請上の注意】について同意しましたので、補助金申請します。

申請日: 令和 年 月 日

◎この申請書を提出するときは、振込先の預貯金通帳の写し等で銀行口座が確認できるものを必ず添付してください。領収書が必要な方は、提出前に写しを取る等してください。

保険証の番号一記号		事業所名(任意継続の方は任意継続と記入)		
—				
被保険者氏名		被保険者の住所		
フリガナ		〒 —		
電話番号(日中ご連絡先)		携帯 ()	自宅 ()	
受診者氏名		生年月日	年齢	被保険者との続柄
		昭和 平成 令和 年 月 日	歳	
受診医療機関名				
検査受診日		令和 年 月 日		
受診項目 <small>(受けられた検査を○で囲んでください。任意継続被保険者で、1または2以外の補助対象の検査を受けた場合は、3に具体的に検査項目名をご記入ください)</small>		1. 頸動脈エコー ※ (上限なし)	2. 子宮頸部細胞診、マンモグラフィまたは乳房エコー (上限7,000円※申請上の注意7を参照)	
※カッコ内の金額は、当組合補助金の上限額です。これらの上限額を超過した場合の差額については、ご本人負担となります。		3. その他 ()		
		健診費用総額		円(消費税込み)
補助金振込先口座(被保険者名義の口座)※被扶養者が受診した場合でも、被保険者名義の口座をご記入ください。				
銀行コード	銀行名	支店コード	支店名	預金種別
	フリガナ		フリガナ	普通
口座番号(右詰めで記入)		口座名義(カタカナで記入)		

送付先住所	〒530-0017 大阪市北区角田町8-1 大阪梅田ツインタワーズ・ノース19階 ライク健康保険組合 宛
-------	---

【申請上の注意】

添付書類	受診者名・金額・領収印のある「領収書」(原本)と「健診結果表」(写)
右記のいずれかに該当する場合は、補助金の申請ができません	<ol style="list-style-type: none"> 1. 受診当日に、当組合の被保険者・被扶養者資格のない方 2. 当年度(4月～翌年2月)において、すでに「オプション検査」を受診し、当組合の補助金を受給した方 3. 特定健康診査(特定健診)の基本検査項目の全てを受診していない方 4. ライク健保ホームページに補助の記載のない「オプション検査」 5. 保険診療(3割負担)で受診した「精密検査」等(領収書で確認することができます) 6. 同一の「オプション検査」について、お住まいの市区町村から補助を受けた方(電話照会します) 7. マンモグラフィとエコーを同時に受診した場合は、マンモグラフィのみ補助(エコーは補助なし)
申請期限	当年度(4月～翌年2月)の受診分 ※令和6年3月1～31日の受診は補助対象外となります → 健診受診日から3か月以内
補助金支払日	医療機関から基本健診の請求書が当組合に到着した月(受診の2～3か月後)の翌月末日に、ご指定口座にお振込します。通帳等にてご確認ください。

この申請書と添付書類に記された皆様の個人情報は、補助金支給または健保組合保健事業の企画運営のために使用し、他の目的には使用致しません。

※組合使用欄	500	乳 子	補助額	円
--------	-----	--------	-----	---

受付日付印