

常務理事	事務長		担当者

ライク健康保険組合 御中

【被扶養者用】オプション検査補助金申請書

下記のとおり「オプション検査」を受診しましたので、補助金申請をします。

申請日：令和 年 月 日

◎この申請書に添付する領収書(原本)は提出後に返却することはありません。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 (受診された検査に○印を記入してください)	1. 頸動脈エコー 2. 子宮頸部細胞診、マンモグラフィーまたは乳房エコー ※ (上限なし) (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。	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)	

申請書住所	〒550-0002 大阪市西区江戸堀1-6-10 肥後橋渡辺ビル6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	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3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(領収書でご確認願います) 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. マンモグラフィーとエコーを同時に受診した場合は、マンモグラフィーのみ補助(エコーは補助なし)
申請期限	※当年度(4月～翌年3月)の受診分 → 健診受診後、1か月程度(結果表が届き次第速やかに)
補助金支払日	毎月末日(末日が休日の場合はその前日)に、指定口座に振込みます(健保受付日より翌月末日になることがあります)。通帳にてご確認願います。

この申請書と添付書類に記載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	補助額	円
		子		

受付日付印