受付印	

人間ドック補助金支給申請書

（ 健康診断を含む ）

振込銀行名	銀　行 信用金庫	店番号・支店名			支　店
預金種類	普通 ・ 当座 その他（　　）	口座番号			
フリガナ					
名　義					
受診者の被保険者記号・番号	税国	氏　名		組合員（申請人）との続柄	
受診した医療機関の名称					
受　診　年　月　日	令和　　年　　月　　日　　（宿泊の場合は1日目の日付）				

人間ドック補助金額（健康診断含む）　□に☑チェックを入れてください。

	令和7年3月末までの受診	令和7年4月1日以降の受診
□ 税理士である組合員	40,000円	30,000円
□ 勤務税理士である組合員	40,000円	30,000円
□ 従業員である組合員	30,000円	20,000円
□ 家　　族	25,000円	20,000円

上記の通り 領収書の原本 を添えて申請します。　　令和　　年　　月　　日

※領収書は、受診日・受診者・料金・領収印・人間ドックまたは健康診断であることの記載のあるもの

事務所代表者　氏　名		
組合員（申請人）	自　宅　住　所	〒
	電　話　番　号	（　　）
	氏　　名 （自署または捺印）	㊞
	個人番号（マイナンバー）	

近畿税理士国民健康保険組合理事長　殿

＜申請の際には＞

- 補助金の申請書は、**受診者１人につき１枚ずつ**お書きください。
- 申請の際には、**領収書の原本**を必ず添付して下さい。領収書は、**受診日・受診者（個人名であること）・料金・人間ドックまたは健康診断であることが明記**されており、**領収印**のあるものに限ります。お支払いが銀行振込の場合、また事業所でまとめて受けられた場合でも、**受診者ごとに**必要事項記載の領収書を添付してください。
- 領収書の返却をご希望の場合は、その旨を書いたメモと、**切手を貼った返信用封筒**を同封してください。「人間ドック補助金申請済」の受付印を押して返却いたします。

＜注意事項＞

- **指定の医療機関はございません。一般的な健康診断、市民健診を受けられた場合も申請できます。ただし、保険診療で検査を受けられた場合は、対象外です。**
- **後期高齢者医療制度の該当日以降に受診された場合は、補助はありません。**
- **医療機関等で実際に受診されたものが補助の対象です。検査キットを郵送する検体検査のみの場合は補助の対象外です。**
- 年度内（４月～翌年３月）に受けられた人間ドックに対し、１回限り申請できます。**（年度内に複数回の人間ドックを受けられた場合でも、その内の１回分しか申請できません。）**
- 人間ドックに、その他の検査（ＰＳＡ検査・乳がん検査・子宮がん検査等）をオプションで追加される場合、人間ドックの費用が上記の補助金に満たないときは、その他の検査も含めて支給の対象となります。**ただし、年度内１回の申請となるため、人間ドックと同一日かつ同一健診機関で受けた場合に限ります。**
- **人間ドックの費用（オプションを含む）が、当該補助金額に満たない場合、その実費分が支給額となります。**
- 全ての医療保険者に、40歳以上の被保険者を対象とした特定健診結果データの管理が義務付けられています。40歳以上の方は、当組合から受診された医療機関等に、健診結果データ（特定健診部分のデータのみ）の提供をお願いすることがありますので、ご了承ください。