石油製品販売健康保険組合

2026 年度　一次健診

補 助 金 請 求 書

補助金制度は、お近くに契約健診機関がない地域の方に対し
契約健診機関で受診される場合は、契約健診コース(D1･B･A
(契約健診コースは、窓口負担も少なく申請も不要です。)

内容確認の為、電話をする場合がありますので電話番号は忘れずにご記入ください。

事業所	保険証記号(任継:8000)	1234	申請日	2026 年 4 月 1 日	電話番号(任継:自宅)	03-○○○○-△△△△
	事業所名(任継:氏名)	○○○○ 株式会社			FAX	03-○○○○-△△△△
	所在地(任継:住所)	〒102-0075東京都千代田区三番町1-5 △△ビル7階			担当者	

振込口座	□給付金振込口座(右欄への記入不要)	受取銀行	○○ 銀行　△△△ 支店
	☑その他の口座(個人口座は不可、会社名義の口座のみ) 被保険者･･･個人口座は不可、会社名義の口座のみ 被扶養者･･･個人口座も可、被保険者又は被扶養者名義の口座	口座番号	普通・当座　1 2 3 4 5 6 7
		フリガナ	○○○○ カブシキガイシャ
	□任意継続被保険者(被保険者本人名義の口座のみ)	口座名義	○○○○ 株式会社

下記の者について「健康診断」を受診しましたので補助金を請求いたします。

健診費用(個人内訳)

保険証番号	氏名	年度末年齢	性別	続柄	健診日	健診費用(税込)	組合利用欄 種別	詳細	補助金支給額	受付番号	備考
5	石油 太郎	59	男	本人	2025年4月12日	36,750	生活	特			
							一般				
90	石油 次郎	38	男	本人	2025年5月1日	26,250	生活	特			
							一般				
125	石油 三郎	28	男	本人	2025年4月8日	8,400	生活	特			
							一般				
45	石油 花子	50	女	本人	2025年5月9日	39,900	生活	特			
							一般				
103	石油 幸子	42	女	妻	2025年5月18日	39,900	生活	特			
							一般				
118	石油 康子	35	女	妻	2025年4月15日	12,600	生活	特			
							一般				
							生活	特			
							一般				
							生活	特			
							一般				
							生活	特			
							一般				
	合計人数		6 名		健診費用合計	163,800	補助金支給額合計			円	

受診日ではなく年度末時点で達する年齢

「男」「女」

被保険者から見た関係「妻(夫)」「子(親)」

健診費用は領収書と同じ金額(税込み)をご記入ください。対象外のオプション等が含まれている場合は当該料金分を減額して支給金額を算出しますので、ご了承ください。

内訳	生活習慣病健診 件	円
	一般健診 件	円

【補助金支給条件】

下記の条件を全て満たしている方のみ補助金支給の対象となります。

①受診日当日に当組合の資格がある方
②同年度において健診を一度も受けていない方
③受診資格要件(年齢や続柄)を満たしている方
④同一機関で同一日に当組合が指定する必須健診項目を全て受診している方
⑤全額自費で健康診断を受診した方

※ 必須検査項目以外のオプション料金、文書料や診断書料の記載がある料金につきましては対象外となりますので、当該金額を差し引いて計算させていただきます。

【対象外の健診】

・マイナ保険証、資格確認書等を使用して外来で受けた検査
・契約健診機関で受診したD1･B･A2コース、女性生活習慣病予防健診(追加したオプションも同様です)

【請求期限】

健診を実施した日の翌日から2ヶ月以内

【提出書類】

① 補助金請求書
・必要事項をもれなくご記入ください
② 領収書の原本
または 振込完了画面を印刷したもの
・ 請求書などの内訳明細もあれば コピーを添付してください
③ 健診結果のコピー(全てのページ)
・氏名の横に記号と番号を明記してください
④ 特定健康診査質問票

組合利用欄

※当請求書および添付書類に記された個人情報は、組合保健事業の遂行のために使用し、他の目的には使用いたしません。