

健康診断（本人・家族）補助金申請書 （一次検査用）

アボット健康保険組合理事長 殿

健康診断（本人・家族）に対する補助金について、健診機関の領収書および検査結果表を添付し申請いたします。

令和 年 月 日

被保険者の記号番号	—	被保険者氏名	フリガナ	男・女
社員番号		生年月日	昭 平 年 月 日	
健診の種類	<input type="checkbox"/> 一般健診 <input type="checkbox"/> 生活習慣病健診 <input type="checkbox"/> 人間ドック（日帰り） <input type="checkbox"/> 人間ドック（1泊） <input type="checkbox"/> オプション健診（脳ドック）			
被保険者の現住所	〒		日中連絡が取れる電話番号又はメールアドレス <small>※申請書類に不備がある場合、カスタマーサービスよりご連絡いたします</small>	
事業所名				
健診を受けた者が被扶養者の場合	氏 名（フリガナ）	続 柄	生 年 月 日	
			昭 平 年 月 日	
健診を受けた医療機関	名 称			
	所在地			
健診受診年月日	令 和 年 月 日			
健康診断の要した費用の内訳	内訳項目名	金 額	内訳項目名	金 額
		円		円
		円		円
	領収書金額合計	円	振込決定金額 ※バリューHRにて記入	円
自己負担分のポイント利用について <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない				
※振込先 （被保険者名義）	銀 行	本店	普通	
	信用金庫		No.	
	信用組合	支店	当座	
口座名義（カタカナ）				

○ 特定健康診査・特定保健指導の為の階層化質問表 ※必ず全項目に回答下さい。未記入の場合、お問い合わせさせていただきます。				
1、血圧を下げる薬を飲んでいますか？	1	はい	2	いいえ
2、インスリン注射又は、血糖を下げる薬をのんでいますか？	1	はい	2	いいえ
3、コレステロールを下げる薬を飲んでますか？	1	はい	2	いいえ
4、現在、たばこを習慣的に吸っていますか？ <small>※現在習慣的に喫煙している者とは、「合計100本以上、又は6ヵ月以上喫煙している者」であり、最近1ヵ月も喫煙している者</small>	1	はい	2	いいえ

※健康診断補助金申請は、健診受診日から6か月以内にお願ひいたします。

■注意事項

- 健診後はこの申請書に①「健診機関の領収書の原本」と②「検査結果表のコピー」を添付のうえバリューHRカスタマーサービスにご提出ください。
- 費用（領収書）の内訳は、必ずご記入ください（ドック、追加オプション項目等）
- 健康診断（本人・家族）の補助金は、被保険者の金融機関口座に振込みいたします。
- 本人負担額をカフェテリアポイントで精算する場合は、自己負担分のポイント利用についての「希望する」にチェックを入れてください。

※振込み口座について

申請書記入欄にはすべてご記入ください。
記入漏れ及び提出書類の不備があると、補助金のお振込みが遅れる場合があります。

【申請書提出・お問い合わせ先】

株式会社バリューHR カスタマーサービス

〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷5-25-5 バリューHR代々木ビル6階

TEL：0570-075-703

受付印
