

★申請前に確認をお願いします（口に○）※2つとも○が入らない場合は申請不可

- ☐ 受診日は2023年4月1日～2024年2月29日である
- ☐ 保険証を使用していない10割自費の健診である（領収書に社保30%、負担率30%等の記載がない）

健保
受付印

【2023】任意継続被保険者健康診断補助金申請書（本人用）

- 補助金額：年間上限25,000円の実費相当額（2023年度に受診したすべての健診費用を含む）
※40歳以上で受診券を利用した場合は、8,000円の補助を受けたとみなし、上限は残りの17,000円となります。

・補助金申請締切日：2024年3月15日 旭化成健保必着（厳守）

※同一年度に複数の健診を受診した場合は、まとめて申請をして下さい

提出日	年	月	日				
40歳以上の方は、必ずどちらかに○を入れて下さい（空欄の場合受理できません）							
受診券	<input type="checkbox"/>	受診券を利用した	<input type="checkbox"/> 受診券は利用していない				
太枠内にもれなく記入してください							
被 保 険 者 （ 受 診 者 ）	被保険者証 (06450019は違います)		任意継続被保険者（受診者）氏名				
	記号	番 号					
	郵便番号・住所		電話番号（連絡のとれる番号をご記入下さい）				
	〒 -						
	生年月日		年齢				
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日		(2024年3月31日時点) 歳				
		金額（受診した健診の合計額）					
		円					
今回の申請分以外に①～⑧で健診を受診した場合、健診機関名と受診月を入力してください							
<div>①福岡労働衛生研究所（関東、近畿、東海3県以外の巡回健診） ②京都工場保健会（関西地区巡回健診） ③同友会（関東地区巡回健診および春日クリニック、品川クリニック） ④愛知健康増進財団（東海3県巡回健診） ⑤倉敷成人病センター ⑥ぎふ総合健診センター ⑦滋賀保健研究センター ⑧富士健診センター</div>							
<div>左記①～⑧で受診の場合のみ入力</div> <table><tr><td>健診機関名</td><td></td></tr><tr><td>受診月</td><td></td></tr></table>				健診機関名		受診月	
健診機関名							
受診月							
★①～⑧を受診の方							
・①～⑧での健診費用が補助上限に満たず、別の健診機関でがん検診等を受診した場合のみ申請が可能ですが、その場合は、①～⑧での健診受診後に申請を行って下さい							
・健診機関からの実績報告の関係で、補助金の支給が予定より遅くなる場合があります							

申請に必要な書類：下記A～C（受診した健診機関・内容によって異なります）

A：領収書の原本

B：健診結果の写し…特定健診項目（健保ホームページおよび案内参照）の検査値が記載されているもの

C：特定健診問診票の写し…お手元がない場合は、当健保ホームページより印刷し、ご記入後提出して下さい

●受診券利用の場合、当健保契約健診機関で受診の場合、がん検診のみの受診の場合…Aのみ

●当健保契約健診機関以外で一般健診、人間ドック等を受診の場合…健診結果が届いた後、A,B,Cをそろえて提出

・毎月25日（3月は15日）までに申請書が届いた分について、翌月末に指定口座へ振り込みます

★申請書の記載・領収証（書）の必要事項項目漏れがある場合、補助金の支給ができません。

【お問い合わせ先】

旭化成健康保険組合 任継健診担当
フリーダイヤル: 0120-290-053
電話: 0982-22-2940

※受付時間
9時～16時（12時～13時を除く）
月～金（祝日を除く）

★書類送付先 社内便：（延岡）旭化成健康保険組合（任継健診担当）

郵送：〒882-0847 宮崎県延岡市旭町2-1-3

旭化成健康保険組合 任継健診担当

支給決定番号 (健保記入)	NO	
------------------	----	--

旭化成健康保険組合		

領収書貼り付け台紙

受診者名	貼付した領収書の枚数
	枚

(健診結果、問診票は貼付せずそのまま提出)
※領収書のみこの用紙の点線内(文字と重なっても可)に貼付

複数の領収書の総額が補助上限額(25,000円)を超える場合、金額の大きい領収書を優先し、必要な枚数のみの貼付で構いません。

【領収書の必要記載項目】※①～⑥すべての項目が必要です(レシートも同様)

☐ ①領収証(書)という項目

☐ ②受診日

*2023年4月1日～2024年2月29日のものですか?

☐ ③受診者氏名

*保険証記載のフルネームが記載されていますか? 市町村の集団健診分にも名前がありますか?

☐ ④健診に要した自己負担分の金額

*全額自己負担した健診ですか?保険証を使用した3割負担ではありませんか?

(負担率30%、負担割合3割、社保(30%)等の記載がある場合は対象外です)

☐ ⑤健診(検診)の種類、内容

*健診の種類が記載がありますか?ない場合は、明細の添付でも可能です

☐ ⑥健診機関の領収印

*健診機関の名称印、健診機関の窓口担当印など、支払ったことを証明できる印がありますか?

★貼付前に必ず確認をお願いします

同友会の巡回健診受診者は申請方法が異なります。巡回健診案内で申請方法を確認してください。

領収書記載の健診機関名が下記に該当

- ・京都工場保健会
- ・愛知健康増進財団
- ・福岡労働衛生研究所

はい

＜補助申請は不要＞

健診当日補助を差し引いています。(上限25,000円)
お持ちの領収書は補助上限を超えた分(自己負担分)です。

いいえ

領収書記載の健診機関名が下記に該当

- ・富士健診センター
- ・ぎふ総合健診センター
- ・滋賀保健研究センター
- ・倉敷成人病センター
- ・同友会(春日・品川クリニック)

はい

旭化成健保加入者として当健保契約コースを受診した
※受診券利用、市区町村のがん検診のみ等契約コース以外
を受診の場合は「いいえ」へ

はい

いいえ

いいえ

領収書の必要項目(上記①～⑥)
すべての口にシ点が入った

はい

＜申請可＞

の中に領収書を貼付し提出

いいえ(不足している項目がある)

追記や押印を依頼してください。

追記や押印が不可能な場合は、健診機関名、受診日、受診者名が領収書と一致する健診結果のコピーを添付してください。

※個人情報保護の観点から健保から健診機関や市区町村への受診確認はできなくなっています。

不足のまま提出された場合、受理できないため補助対象外となりますのでご了承下さい。