

申込書太枠内を全てご記入の上、
必ず事前にご提出下さい。

【契約外健診機関用】

【書式13-2】

令和〇〇年〇〇月〇〇日

人間ドック利用申込書（契約外健診機関用）

三菱UFJ銀行健康保険組合理事長殿

下記のとおり、契約外の健診機関で人間ドックを受診したいので利用申込をいたします。

被保険者	氏名	健保 太郎 (被扶養者名ではありません)										
	連絡先電話番号	自宅 000 (000) 0000					勤務先(外線又は内線) 99-000 -0000					
	記号	0	0	0	0	番号	0	0	0	0	0	0
受診者	住所	(〒 000 - 0000) 〇〇県〇〇市〇〇町1-1										
	フリガナ	ケンボ アイコ									(番号を○で囲んでください)	
	氏名	健保 愛子										
	生年月日	昭和 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日生 (〇〇才)										
	連絡先電話番号	自宅 / 00 - 0000 - 0000					携帯 / 000 - 0000 - 0000					
受診日	令和 〇〇年〇〇月〇〇日	受診健診機関名 (都道府県名)	〇〇クリニック (〇〇県)					健診機関電話番号 〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇				
	申請者確認 (レ点)	確認欄	この申請書については下記①又は②の要件を満たしたものである ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りが無く申請者本人が確認している。									
前回受診	平・令 年 月	【特定健診受診対象者の方のみ】・・・下記(ご注意)参照 受診する健診機関に「特定健診の検査結果を電子媒体(FD又はCD)に作成してもらえるか」を確認して下さい。確認結果について、下記、どちらかに○印をつけて下さい										
資格取得日	平・令 年 月 日											
認定日	平・令 年 月 日	作成可					作成不可					
喪失予定日	平・令 年 月 日	電子媒体作成不可の場合、特定健診費用相当額が人間ドック補助額より減額となります(限度に満たない場合は実費より減額)。					左記了解しました(レ点) <input checked="" type="checkbox"/>					
(参考)	補助限度額	本人 : 40,000 円、配偶者 : 30,000 円、その他被扶養者 : 15,000 円										

切り取り線

契約外健診機関にて人間ドックご利用予定の方へ

※受診資格者は、35歳以上(年度末年齢を基準とする)の特例退職、任意継続の被保険者と全ての被扶養者。
(現役被保険者は利用出来ません)

※40歳以上の特定健診受診対象者の方が、契約をしていない健診機関で人間ドックを受診する場合は、必ず特定健診を同時に行い特定健診の結果データを電子媒体(FD・CD)で貰えるかを確認の上、予約をとって受診して下さい。

※人間ドックご利用の際は、健診機関に人間ドック受診の申込みをした後、上記の「人間ドック利用申込書」に必要事項を記入の上、必ず事前に健康保険組合宛、お送りください。

(手続きの関係上、人間ドック受診日は申込書をお送り頂く日より2週間以上先の予約をお願いします)

健康保険組合にて受付後、受診者ご自宅宛「人間ドック受診受理票」と「特定健診受診券」(特定健診対象者の方)を郵送致します。

※被保険者資格喪失後の受診はできません。

【ご注意】

40歳以上の特定健診受診対象者の方は人間ドック受診の際に併せて特定健診が実施されます。受診される契約外の健診機関にて、厚労省の定めたデータ形式(XML形式またはCSV形式)にて特定健診結果がデータとして作成され、「支払基金経由」、「受診者経由」、または「健診機関より直接」健康保険組合宛にデータを提出して頂く必要があります。受診される契約外健診機関にて、上記の対応が出来ない場合、特定健診受診済とはなりませんので、特定健診分の費用については補助金支給の対象外となります。
(「年度内40才未満の方」、「年度内に健保の資格を新たに取得した方」は当年度は特定健診受診の「対象外」となります)

【郵便】〒105-0014 東京都港区芝2-4-3

三菱UFJ銀行健康保険組合 保健事業部宛 (TEL 050-3613-3125)

【行内メール】 東日本 7872-50 三菱UFJ銀行健康保険組合 保健事業部宛

6年12月版

人間ドック補助金支給申請書

三菱UFJ銀行健康保険組合理事長殿

契約外健診機関で人間ドックを利用しましたので領収書(原本)を添え補助金の支給を申請いたします。

被保険者	氏名	健保 太郎 (被扶養者名ではありません)										
	連絡先電話番号	自宅 000 (000) 0000					勤務先(外線又は内線)			99-000 -0000		
	記号	0	0	0	0	番号	0	0	0	0	0	0
受診者	住所	(〒 000 - 0000) 〇〇県〇〇市〇〇町1-1										
	フリガナ	ケンボ アイコ									(番号を○で囲んでください)	
	氏名	健保 愛子									1. 本人(特例退職被保険者) 2. 本人(任意継続被保険者) 3. 配偶者 4. 配偶者以外の被扶養者	
	生年月日	昭和 平成 〇〇年〇〇月〇〇日生 (〇〇才)										
申請者確認 (レ点)	連絡先電話番号	自宅 / 00 - 0000 - 0000					携帯 / 000 - 0000 - 0000					
	確認欄	この申請書については下記①又は②の要件を満たしたものである ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りが無く申請者本人が確認している。										

※補助限度額

・本人：40,000円 ・配偶者：30,000円 ・配偶者を除く被扶養者：15,000円

のりつけ部分

(領収書貼付箇所)

※ 領収書は医療機関発行の原本を添付してください。

尚、ジャーナル式のレシートは不可です。

※ 領収書に宛名(受診者氏名)、医療機関の名称、領収印、受診日、ドック費用額
と特定健診費用額の明細が記載されていることを確認してください。

※ 必ず健保印のある受診受理票を裏面に貼付して下さい。

◎健診機関より特定健診結果データが健保へ到着後、補助金支給手続きとなりますので
特定健診結果データの到着次第で、補助金支給まで相応の期間を要する場合があります。

受付日

決定日

常務理事	事務長	部長	担当

※健保使用欄

補助金種別	金額	補助金支給額合計	特定健診データ 確認日	再鑑	担当
① 人間ドック					
② 特定健診					
③ データ作成					

【郵便】〒105-0014 東京都港区芝2-4-3

三菱UFJ銀行健康保険組合 保健事業部宛 (Tel.050-3613-3125)

【行内メール】東日本 7872-50 三菱UFJ銀行健康保険組合 保健事業部宛