【注意事項】

在職中の方 → 事業所（勤務先）の健保業務担当部門〔総務・人事等〕 → 健保組合 → 事業所へ振込 → 本人の口座へ振込

退職者・任意継続の方 → 健保組合 → 本人の口座へ振込

支給伺	支給決定年月日	支給決定額	常務理事	事務長	担当者
	年　月　日				
	決裁年月日				
	年　月　日	円			

ABC 検診補助金請求書（被保険者のみ）

記号・番号	－	受診者氏名	
事業所名称			
実施医療機関名			
同所在地			
検診の費用			

上記のとおり検診を受けたので補助金の交付を請求します。

また、在職期間中に係る申請の場合、本申請書に基づく補助金の受領を事業主へ委任いたします。

アルバック健康保険組合　理事長　殿　　年　　月　　日

被保険者　住 所

氏 名

【検診結果の取扱いについて】

検診結果は、ご本人に通知されると共に、アルバック健康保険組合による検診後の保健指導、受診勧奨、保健事業の効果検証（厚労省への報告等）等のため、検診機関から当健康保険組合にも提出され、個人情報として取り扱われる場合があります。
個人情報保護方針については、アルバック健保ホームページ「個人情報保護方針」を参照下さい。

【注意事項】必ずご一読ください。

- 対 象 者：勤務先の健康診断で ABC 検診を受けることができない被保険者（胃バリウム検診・胃部内視鏡検査を勤務先の健康診断で受けた方は対象外）。日本国内で受けた検診に限ります。
  また、健康保険を適用した場合（保険診療）は補助対象外となります。
- 補助回数：年度内(4 月～翌年 3 月まで)1 回。
- 補助金額：上限 5,000 円(税込み)。
- 添付書類：①「受診者名」「検査項目」が明記された領収書(原本)、②検査結果の写し
  ※検査結果を添付されることに同意した方が補助金を受けることができます。
  ※気になる方は、検査結果を封筒に封入・封かんしてご提出ください。
- 請求方法：検診費用を病院窓口で全額支払い、本紙に必要事項を記入の上、上記添付書類を添付して勤務先事業所の健保事務ご担当者様へ提出してください。
- 支払方法：事業所経由で支払います。