

(2025年度)

健 保 決 裁	部 長	課 長	確 認	電算入力

特例退職被保険者人間ドック補助金交付申請書

下記の通り人間ドックを実施したので補助金の交付を申請いたします。

被保険者	記号	2015	氏名	
	番号			
受診者	続柄		氏名	
必ず 記入 してく ださい。	受診日	年 月 日	生年月日	
	費 用 の 負 担	J A長野健保からの 特定健診費用補助		円
		市町村 J Aからの助成金額		円
		自己負担金額		円
		合 計 金 額		円

1

補助金決定額
¥ 11,000
内訳
送金年月日

長野県農業協同組合健康保険組合理事長 殿

医 療 機 関 の 証 明	種類	人間ドック
	上記の通り実施したことを証明する。 年 月 日	
		㊟

※ 厚生連病院以外で受診された場合は領収書を添付してください。また、厚生連病院以外で受診された場合は領収書のほかに、以下の2つを添付してください。

1. 健診結果の写し 2. 記入済みの質問票(質問票は健保組合にお問い合わせいただくか、健保組合ホームページよりダウンロードしてください。)