

補助金申請手続きのご案内

(人間ドック・定期健康診断用)

このたびはご連絡をいただきありがとうございます。
補助金の申請に必要な書類をお送りいたしますので、本紙をお読みいただき必要な書類をお取り揃えのうえご申請ください。

- ▶ **人間ドック補助金**のご申請 …→ **1 2 4 5** をご参照ください。
- ▶ **定期健康診断補助金**のご申請 …→ **1 3 4 5** をご参照ください。

1 ご申請に関する必要事項 (人間ドック・定期健康診断共通)

(1) 必要書類

次の表に記載してある書類をご提出ください。
申請の内容によっては、表に記載してある以外の書類のご提出をお願いする場合があります。
なお、ご申請の内容について、担当者よりご連絡をさせていただく場合がありますのでご理解・ご協力をお願いいたします。

チェック	ご提出書類	ご注意
<input checked="" type="checkbox"/>	A 補助金申請書 (★あんしん財団所定用紙)	申請者は会員(法人もしくは個人事業主)です。
<input checked="" type="checkbox"/>	B 領収書の写し	医療機関にお支払した際の領収書です。 <ul style="list-style-type: none"> ● 受診日 ● 受診者名 ● 受診内容 ● 費用 ● 費用負担者 ● 受診した医療機関名が記載されているもの <p>注意 お支払の方法によりご提出の書類が変わります。 詳しくは3ページでご確認ください。</p>
<input checked="" type="checkbox"/>	C 受診の内容が確認できる書類の写し (医療機関発行の書類)	受診結果票、請求明細書など、受診内容がわかる書類をご用意ください。 <p> 詳しくは3~4ページでご確認ください。</p>

※マイナンバーが記載された書類をご提出される場合は、8ページの「マイナンバーに関するお願い」をご覧ください。
 ※あんしん財団ホームページからも申請書の請求ができます。詳しくは8ページをご覧ください。

(2) ご申請方法

- 1ページの表の書類を添えてご申請ください。審査のうえ、補助金をお支払します。
- FAXでの申請は受け付けておりません。必ず郵送にて申請書類をお送りください。
- 補助金のご申請・お受取人は会員である法人もしくは個人事業主です。会員証兼保険証券でご確認ください。
- 補助金はあんしん財団の会費振替口座へお振込みいたします。お支払の際は、はがきにてご通知いたします。
- 2018年5月1日以降、補助金の申請期限は、受診した日の翌日から起算して180日以内です。受診後は、お早めのご申請をお願いします。

📖 詳しくは規程をご確認ください。

(3) ご注意

- この補助金制度は、あんしん財団への加入日(増員の場合は増員した日)の翌日以降に受診したものが対象となります。
- 同一の加入者に対する補助金は、「人間ドック」もしくは「定期健康診断」のいずれかの受診に対して1年度間(4月1日から翌年3月31日)に1回です。
- この補助金制度は、あんしん財団がその年度に計上した予算の範囲内での実施となります。
- 補助金額等は、必要に応じて見直しとなる場合があります。
- 年末から年度末にかけては申請が集中するため、審査から補助金のお支払いまでにお時間をいただくことがあります。
- ご提出いただいた各種書類は、原則、ご返却いたしません。

📖 詳しくは規程をご確認ください。

(4) 補助金のお支払いができない場合

- 申請内容が支払条件を満たさないとき。
- 申請対象者(加入者)がすでに同一年度内で人間ドックまたは定期健康診断の補助金を受けているとき。
- 受診した日の応答月の会費が未納のとき。
- 会員または被保険者(加入者)の資格喪失日以降の受診であるとき。

📖 詳しくは8ページまたは、📖 規程をご確認ください。

(5) 個人情報の取り扱い

- 補助金申請においてお伺いした個人情報については、お客様との連絡や医療機関への確認のために利用させていただきます。

📖 詳しくは8ページまたは、📖 申請書をご確認ください。

(6) 補助金申請書に添付いただく書類について (受診費用のお支払い方法により異なります)

(規程の別表2)

■ 領収書(写)

枠部分の6項目が審査に必要な各事項(受診日、受診者、受診内容、受診金額、費用負担者、医療機関名)です。

事業所名(法人格の記入モレにご注意ください)または受診者氏名(フルネーム)の記載があるかご確認ください。

※宛名の無い「レシート」形式のものは医療機関へ宛名の記入を依頼してください。

受診者等の記載がない場合、但し書きは具体的に記入いただいでください。

〈領収書サンプル〉

領 収 書		〇年〇月〇日
領 収 者		(株)あんしん建設 様
金 額		¥7,038-
但し		生活習慣病予防健診代として
受診日	〇〇〇年〇月〇日	東京都新宿区信濃町 安心クリニック 健康管理協会
受診者	安心太郎 様	
		協会 之印

※法人事業所で2名以上受診し、まとめて受診費用をお支払いする場合、領収書の宛名は「法人名」を記載していただくよう病院(医療機関)に依頼してください。
※口座振替でお支払いの場合はお問合せください。

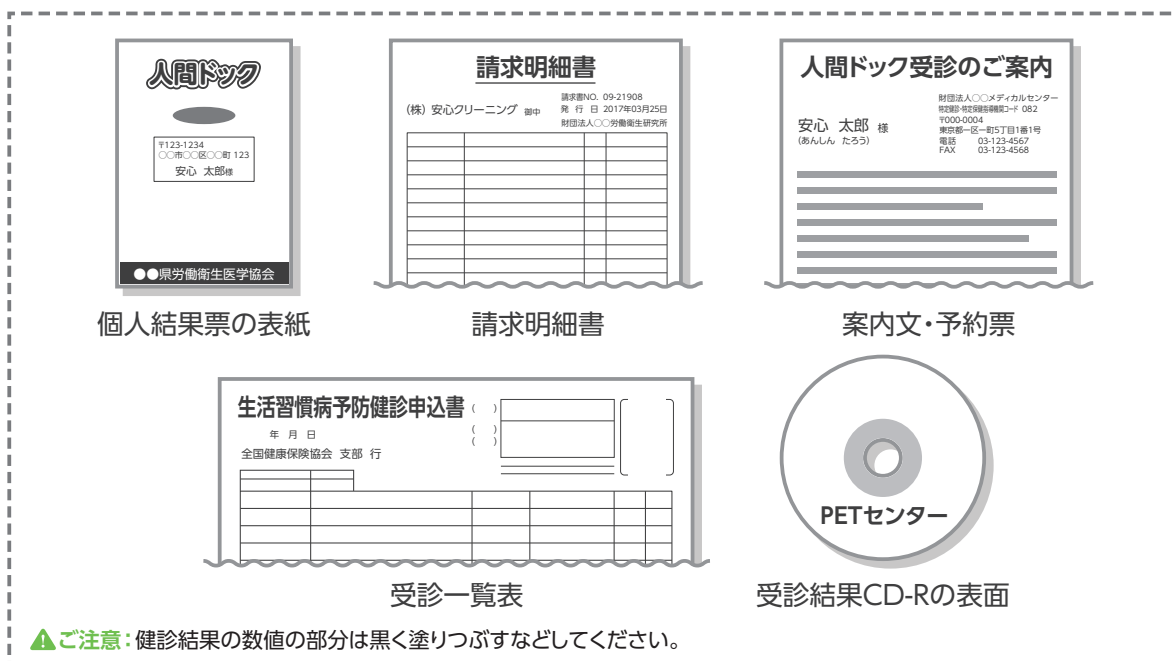
■ 領収書がご用意できない場合(以下の書類が必要となります)

お支払方法	添付いただく書類
銀行振込の場合	<ul style="list-style-type: none"> ● 窓口ご利用の場合…「振込受付書兼手数料受取書」(写) ※金融機関受付印があるもの ● ATMご利用の場合…「利用明細票」(写) <p>金額、相手先、振込人の記載されているものを添付できない場合は、医療機関にて領収書を発行していただき、ご用意ください。</p> <p>※振込手数料は補助対象になりません。</p> <p>振込にてお支払の場合は、請求書も合わせてご提出いただけます。</p>
普通預金口座引落の場合	<ul style="list-style-type: none"> ● 通帳表紙(口座名義人=申請者名)と支払金額のわかる当該ページ(写) <p>振込にてお支払の場合は、請求書も合わせてご提出いただけます。</p>
クレジットカード利用の場合	<ul style="list-style-type: none"> ● カード会社からの請求明細(写)
ネットバンキングの場合	<ul style="list-style-type: none"> ● 振込依頼人名が記載され、振込手続きが終了したことのわかる「取引履歴画面」(写)や「入出金明細照会画面」(写) <p>金融機関によっては予約画面表示後は履歴が表示されない場合がありますのでご注意ください。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p>当座預金の場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 総合振込明細表(支払の事実が記載されている部分の写) ② 当座勘定照会表(写) </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>普通預金の場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 総合振込明細表(支払の事実が記載されている部分の写) ② 口座名義人が記載されている通帳表紙(写) ③ 振込の事実が掲載されている通帳のページ(写) </div> <p>振込にてお支払の場合は、請求書も合わせてご提出いただけます。</p>

■ (領収書と共に必ず添付してください) 受診内容が確認できる書類(写) 1点以上

添付いただく書類	備考
個人結果票の表紙 <p>▲ご注意: 健診結果の数値の部分は黒く塗りつぶすなどしてください。</p>	
請求明細書(または請求書)	<p>「領収書(写) ※費用負担者が記載されているもの」と左記の「書類(写) 1点以上」で、以下の①～⑥がわかる書類をご添付ください。</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 費用負担者 ② 受診者名 ③ 受診金額 ④ 受診日 ⑤ 受診内容 ⑥ 受診医療機関名
案内文・予約票	<p>※書類のご用意が難しい場合はお問合せください。</p>
受診一覧表	<p>※領収書等のお支払の記録で上記①～⑥の内容がもれなく記載してある場合は、これらの書類のご提出は不要です。</p> <p>※左記の書類の見本を次のページに掲載しておりますのでご確認ください。</p>
受診結果CD-Rの表面	

■ その他書類の見本



▲**ご注意**: 健診結果の数値の部分は黒く塗りつぶすなどしてください。

2 人間ドック補助金制度

(1) 補助金額 (規程の別表1)

加入者1名につき、それぞれの加入継続年数に応じた以下の表の補助金額となります。
 なお、実際の受診費用負担額が補助金の上限に満たない場合は、実際の受診費用額を限度とします。
 ※他団体等からの補助金などにより、費用負担額が補助金の上限に満たない場合を含みます。

加入継続年数	補助金額上限
0年～9年	1名につき6,000円まで
10年～19年	1名につき12,000円まで
20年以上	1名につき20,000円まで

※加入継続年数は、同一事業所での加入者ごとのあんしん財団への加入日から人間ドック受診日までの加入継続年数によって決定します。再加入の場合は、再加入日を基準とした年数となります。

※2020年4月1日以降の受診分から、補助金額が一律ひとり6,000円までとなります。

(2) 対象となる人間ドック (規程の別表1)

- ① 国内の医療機関で受診したもので、その医療機関が人間ドックと定める検査
- ② 脳ドック
- ③ PET検診
- ④ 生活習慣病予防健診に加え付加健診を実施した検査
 (付加健診はオプション検査とは異なります。詳しくはお問合せください。)

※他の循環器ドック(肺、心臓、大腸ドックなど)、再検査などは対象となりません。

※検査の内容が労働安全衛生規則第43条および第44条による健康診断はこの制度の対象とはなりません。

→**定期健康診断補助金**をご利用ください。

■ あんしん財団 優待契約病院をご利用ください

「優待契約病院」では、人間ドック健診が、あんしん財団会員優待料金でご利用いただけます。

料金、契約病院はあんしん財団ホームページ「人間ドック優待契約病院」→「優待病院一覧」でご確認ください。

※事前にご自身で優待契約病院へ予約をお願いします。

※予約の際は、必ず「あんしん財団の優待」を利用する旨を病院にお伝えください。

※詳しいご利用方法は上記の財団ホームページをご覧くださいか、お電話にてお問合せください。

人間ドック補助金申請書 記入例

個人用

000-0000
東京都新宿区信濃町34
あんしん運輸株式会社
安心 一郎 様

12345678-000000-1
●●年●月●日

〒000-0000
東京都新宿区信濃町34
R信濃町ビル5F
一般財団法人あんしん財団
お客様サービス課 補助金2課
TEL:0120-512-511 FAX:03-5362-2066

人間ドック補助金申請書 在中 12345678

一般財団法人あんしん財団 宛

人間ドック補助金申請書 兼 個人情報の取り扱いに関する同意書

事業所名	あんしん運輸株式会社	受診者 (加入者)	003 安心 花子
代表者名	安心 一郎	事務担当者名	安心 花子 TEL:(000-000-0000)
事業所住所	〒000-0000 東京都新宿区信濃町34	受診日 (期間は180日以内)	〇〇年〇月〇日
受診医療機関名	〇〇総合病院	受診料 田舎負担額	11752 円

〇〇年〇月〇日

事業所名 あんしん運輸株式会社
代表者名 安心 一郎

押印欄
法人事業所→法人代表印(法人印)
個人事業所→事業主の個人印
株式会社
安心商事

受診された病院名をご記入ください。

受診者本人もしくは事業所が病院にお支払いした金額をご記入ください。

受診者名をご確認ください。

受診された日をご記入ください。

事業所の代表の方が押印をしてください。
法人事業所 → 法人代表印(法人印)
個人事業所 → 事業主の個人印

記入日、事業所名および代表者名をご記入ください。

1度に複数の受診者の補助金申請をする場合は以下の「**集団用明細**」をご提出ください。
※「**集団用明細**」は補助金申請書に添付してあります。

12345678-000000-1

人間ドック補助金申請書 (集団用明細)

申請される方の費用負担額の総額をご記入ください。領収書の金額と異なっていてもかまいません。

受診者名 (加入者)	受診日	受診医療機関名	費用負担額	種NO	補助金額	備考
1 安心 一郎	〇〇年〇月〇日	〇〇総合病院	43,150	001		
2 安心 花子	〇〇年〇月〇日	〇〇総合病院	↓	002		
3 安心 花子	〇〇年〇月〇日	〇〇健診センター	30,500	003		
4 安心 花子	〇〇年〇月〇日	〇〇健診センター	↓	004		
5 安心 一郎	〇〇年〇月〇日	〇〇健診センター	↓	005		

受診された日をご記入ください。

受診された病院名をご記入ください。

お支払金額をご記入ください。

〇〇年〇月〇日

事業所名 あんしん運輸株式会社
代表者名 安心 一郎

押印欄
法人事業所→法人代表印(法人印)
個人事業所→事業主の個人印
株式会社
安心商事

3 定期健康診断補助金制度

(1) 補助金額 (規程の別表1)

加入者1名につき、2,000円を上限とします。

なお、実際の受診費用負担額が補助金の上限に満たない場合(※)は、実際の受診費用額を限度とします。

※他団体等からの補助金などにより費用負担額が2,000円未満となった場合を含みます。

⚠️ ご注意 特定健康診査、市区町村などにおいて無料でやっている健康診断(再検査を含みます)などは対象になりません。

(2) 対象となる健康診断 (規程の別表1)

① 国内の医療機関にて年1回事業所で行なう健康診断

② 国内の医療機関にて従業員の雇用時に医師により行なう健康診断

※①および②は労働安全衛生規則第43条および第44条に定められた検査項目を受診した場合です。詳しくは下の表をご確認ください。

③ 全国健康保険協会(協会けんぽ)の「一般健診」

※③に付加健診を追加受診した場合は人間ドック補助金制度が適用される場合があります。詳しくはお問合せください。

④ 生活習慣病健診

⑤ 船員法第83条の健康証明書に基づく健康診断

■ 労働安全衛生規則第44条による定期健康診断検査項目表(補助の対象項目)

	検査項目	受診年齢(歳)					備考
		19	20 25 30	21~24 26~29 31~34 36~39	41 44	35 40 45以上	
1	既往歴・業務歴	○	○	○	○	○	
2	自覚症状・他覚症状	○	○	○	○	○	
3	身長	○					●1
	体重	○	○	○	○	○	
	腹囲				○	○	●3
	視力	○	○	○	○	○	
	聴力	○	○	○	○	○	※1
		会話法またはオーディオメータによる検査					※2
4	血圧の測定	○	○	○	○	○	
5	尿検査						
	糖	○	○	○	○	○	
	蛋白	○	○	○	○	○	
6	胸部エックス線		○		○	○	●4
	(喀痰検査)						□1
7	貧血検査						
	血色素量(ヘモグロビン)				○	○	●2
	赤血球数				○	○	●2
8	肝機能検査						
	GOT				○	○	●2
	GPT				○	○	●2
	γ-GTP				○	○	●2
9	血中脂質検査						
	中性脂肪				○	○	●2
	HDLコレステロール				○	○	●2
	LDLコレステロール				○	○	●2
10	血糖検査						
	空腹時血糖				○	○	●2
	または随時血糖						□2
11	心電図検査				○	○	●2

(○は必須項目、空欄は省略可)

●1: 20歳以上の方については、医師の診断に基づき省略可。

●2: 40歳未満の方(35歳を除く)については、医師の診断に基づき省略可。

●3: ●2に加えて ①妊娠中の女性その他の方であって、その腹囲が内臓脂肪の蓄積を反映しないと判断された方。②BMIが20未満である方。③BMIが22未満であって、自ら腹囲を測定し、その値を申告した方は、医師の判断に基づき省略可。

●4: 40歳未満の方(20歳、25歳、30歳、および35歳を除く)で次のいずれにも該当しない方については医師の判断に基づき省略可。

●感染症法で結核に係わる定期の健康診断の対象とされている施設等で働かれている方

●じん肺法で3年に1回のじん肺健康診断の対象とされている方

□1: ●4に加えて胸部エックス線検査より病変および結核発病のおそれがないと診断された方については医師の判断に基づき省略可。

□2: 血糖検査は、空腹時または随時血糖の検査を必須とする。

※1: 聴力検査は1000ヘルツおよび4000ヘルツの純音を用いるオーディオメータによる検査を原則としますが、35歳、40歳を除く45歳未満の方については医師が妥当と認める方法による。

※2: オーディオメータに限る。

定期健康診断補助金申請書 記入例

個人用

000-0000
東京都新宿区信濃町34
12345678-000000-1
●●年●月●日

あんしん運輸株式会社
安心 一郎 様

F000-0000
東京都新宿区信濃町34
R 信濃町ビル5F
一般財団法人あんしん財団
お客様サービス課 補助金2課
TEL:0120-512-511 FAX:03-5362-2066

定期健康診断補助金申請書 兼 個人情報の取り扱いに関する同意書

事業所名	あんしん運輸株式会社	受診者(加入者)	003 安心 花子
代表者名	安心 一郎	事務担当者名	安心 花子 TEL:(000-000-0000)
事業所住所	〒0-0000 東京都新宿区信濃町34	受診日	〇〇年〇月〇日 (期間は180日以内)
療機関名	〇〇総合病院	負担額	7038 円 ※太枠内に必要

〇〇年〇月〇日

事業所名 あんしん運輸株式会社
代表者名 安心 一郎

押印欄
法人事業所 → 法人代表印(法人印)
個人事業所 → 事業主の個人印

受診された病院名をご記入ください。

受診者名をご確認ください。

受診された日をご記入ください。

受診者本人もしくは事業所が病院にお支払いした金額をご記入ください(税込み)。

事業所の代表の方が押印をしてください。
法人事業所 → 法人代表印(法人印)
個人事業所 → 事業主の個人印

記入日、事業所名および代表者名をご記入ください。

1度に複数の受診者の補助金申請をする場合は以下の「**集団用明細**」をご提出ください。
※「**集団用明細**」は補助金申請書に添付してあります。

12345678-000000-1

集団用

000-0000
東京都新宿区信濃町34
12345678-000000-1
●●年●月●日

あんしん運輸株式会社
安心 一郎 様

F000-0000
東京都新宿区信濃町34
R 信濃町ビル5F
一般財団法人あんしん財団
お客様サービス課 補助金2課
TEL:0120-512-511 FAX:03-5362-2066

定期健康診断補助金申請書 (集団用明細)

受診者名(加入者)	受診日	受診治療機関名	費用負担額	種NO	補助金額	備考
1 安心 一郎	〇〇年〇月〇日	〇〇総合病院	7038	001		
2 安心 花子	〇〇年〇月〇日	〇〇総合病院	7038	002		
3 安心 太郎	〇〇年〇月〇日	〇〇健診センター	7038	003		
4 安心 三郎	〇〇年〇月〇日	〇〇総合病院	7038	004		
5 安心 一郎	〇〇年〇月〇日	〇〇総合病院	7038	005		

申請される方の費用負担額の総額をご記入ください。領収書の金額と異なっていてもかまいません。

〇〇年〇月〇日

事業所名 あんしん運輸株式会社
代表者名 安心 一郎

押印欄
法人事業所 → 法人代表印(法人印)
個人事業所 → 事業主の個人印

受診された日をご記入ください。

受診された病院名をご記入ください。

お支払金額をご記入ください。


4 会員および被保険者(加入者)資格について

あんしん財団の会員は中小企業の法人または個人事業主です。被保険者(加入者)はその事業所の事業に従事する方です。経営または就業の実態のない方の受診については補助の対象とはなりません。補助金のご申請の前に必ず資格の有無についてご確認ください。

以下のケース(一例)に該当する場合には、あんしん財団の会員(加入者)資格を喪失しているか、その可能性が高いため、お手数でもあんしん財団までご連絡ください。

- 事業を廃止した
- 事業を営んでいることを客観的に証明できない
- 退職または転職した
- 介護保険法の要介護認定を受けている
- 高齢や認知症などによる被介護状態のため実質的に経営または就業をしていない
- 後継者に事業を譲ったなど、実質的に経営または就業をしていない
- 個人事業主または家族従業者が他の会社に勤めている
- 病気やケガで180日以上仕事をしていない

※補助金のお支払い後、資格喪失日以降の受診であることが判明した場合は、すでにお支払いをした補助金は返還いただきます。

 詳しくは規程をご確認ください。

5 Webでの補助金申請書送付のお申込みについて

補助金申請書が必要な場合は、あんしん財団ホームページの申請書依頼フォームをご利用ください。ご利用にあたっては事前に会員番号をご用意ください。



1. あんしん財団ホームページにアクセス
2. トップページから【福利厚生】を選択
3. 【定期健康診断の補助金】または【人間ドックの補助金】の【詳細はこちら】を選択



4. 【依頼フォーム】をクリック

【個人情報の利用目的】

- 福利厚生事業(お客様サービス事業)の募集、受付、実施、実績管理および補助金の審査、決定、お支払いならびにこれらのご連絡。
- 当法人の事業のご案内およびご提供。
- 口座振替による会費のご請求、口座振替に関するお知らせおよび確認ならびにこれらのご連絡。
- 個人情報の保護に関する法律その他の法令等により外部への提供が必要と判断される場合。

⚠️ マイナンバーが記載された書類をご提出される場合のお願い

マイナンバーは補助金申請書に不要です。マイナンバーが記載された書類は提出しないでください。マイナンバーが記載された書類を提出される場合には、番号の部分黒塗りするなど、読み取れない状態でご提出ください。黒塗りが不十分な場合は、あんしん財団において黒塗りするか、またはシュレッダーにて裁断処理を行いません。書類は、原則返却しません。

 良い例



 悪い例



■ お問い合わせ先

一般財団法人 あんしん財団 お客様サービス事業部 補助金2課

〒160-0016 東京都新宿区信濃町34番地 JR信濃町ビル5F

TEL:0120-512-511 音声ガイダンスにしたがい②をお選びください(受付時間:9:00~17:30 土・日・祝日および年末年始を除く)