



ご申請前に必ずお読みください



一般財団法人
あんしん財団

健康管理のための補助金制度 申請手続きのご案内

このたびはご連絡をいただきまして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、本紙を必ずお読みいただき
必要な書類をお取り揃えのうえご申請ください。
なお、別紙の補助金規程もあわせてご確認ください。

※定期健康診断補助金制度は2024年3月31日受診分をもって終了します。

1 補助金の申請手続きの流れ



1 申請時期のご確認

補助金の申請期限は受診日の翌日から起算して**180日以内**
(実日数 半年ではありません)にあんしん財団が受付(申請書の
到着)したものが対象です。
申請期限を過ぎると補助金対象になりませんので、
お早目のご申請をお願いいたします。



2 必要書類のご確認

「**2** (1) 必要書類」……………**2** ページ

※必要書類は切る、折る等の加工はしないでご提出ください。



3 書類のご記入、 ご提出

人間ドック受診者の方

「人間ドック補助金申請書 記入例」……………**7** ページ

定期健康診断受診者の方

「定期健康診断補助金申請書 記入例」……………**9** ページ

FAXやメールでの申請は受け付けておりません。
必ず郵送でご提出ください。

到着に日数を要しますので、余裕をもって投函してください。

ご提出いただいた書類について、確認のためにご連絡を差し上げる
場合がございますので、ご理解、ご協力をお願いいたします。

書類の確認
(書面審査)



4 補助金のお受取り

補助金は会費振替口座にお振込みいたします。

お振込日は毎月月末(土日祝日の場合は金融機関の前営業日)で
す(お支払いは月1回です)。

補助金のお支払いが決定しましたら、事前にハガキにてご通知
いたします。

人間ドック補助金のご申請 → **2 3 5** をご参照ください。

定期健康診断補助金のご申請 → **2 4 5** をご参照ください。

2

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、確認のためご連絡を差し上げる場合がありますので、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)	申請書は「人間ドック」と「定期健康診断」の2種類があります。 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	医療機関にお支払いした際の領収書です。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <ul style="list-style-type: none"> ● 受診日 ● 費用 ● 受診者名 ● 費用負担者 ● 受診内容 ● 受診した医療機関名が記載されているもの </div> <p>注意 お支払いの方法によりご提出の書類が変わります。 詳しくは以下の〈領収書記載例〉および 3 ページをご確認ください。</p>
<input checked="" type="checkbox"/>	C 受診者名・受診日・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)	請求明細書や受診者名簿など、受診者名・受診日・受診内容がわかる書類をご用意ください (受診結果票の写しのご提出をお願いする場合があります)。 詳しくは 4 ページをご確認ください。

※マイナンバーが記載された書類は、一切受付ができません。

(2) 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 ※規程の詳細はあんしん財団のホームページをご覧ください)

■ 領収書 (写)

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

〈領収書記載例〉

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。

※事業所名の場合は、受診者名 (フルネーム) が記載されている書類が必要となります。

但し書きには、受診内容を記入いただいでください。

○年○月○日

領 収 書

あんしん運輸 様
 安心太郎

金額 ¥7,169 -

但し 生活習慣病予防健診代 として

東京都新宿区信濃町
安心クリニック
健康管理協会

受診日: ○○年○月○日
 受診者: 安心太郎 様

受診内容が「健康診断代」と記載されている場合は、「受診者名・受診日・受診内容が確認できるいずれかの書類 (写)」 (4ページ) をご確認ください。

※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」と1人あたりの受診金額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。

■ 領収書を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
ネットバンキングの場合	<ul style="list-style-type: none"> ● 振込受付の完了画面をプリントアウトしたもの (受付済、承認済となっているもの) ● 金融機関発行の振込の受付明細表 (支払手続完了書) 等の写しでエラー表記の無いもの <p>※いずれも日付、金額、振込先、依頼人 (口座番号) 等が記載されているもの。</p> <p>振込にてお支払いの場合は、請求書・明細書も合わせてご提出いただきます。</p>
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、振込先、依頼人の記載されているものをご用意できない場合は、医療機関へ領収書の発行をお願いしてください。</p> <p>※振込手数料は補助対象になりません。</p> <p>振込にてお支払いの場合は、請求書・明細書も合わせてご提出いただきます。</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該当ページ (写) <p>※日付、金額、振込先が記載されているもの。</p> <p>振込にてお支払いの場合は、請求書・明細書も合わせてご提出いただきます。</p>
当座預金口座引落の場合	<ul style="list-style-type: none"> ● 当座勘定照合表 (写) <p>口座名義人と引落金額がわかるページ</p> <p>※日付、金額、振込先が記載されているもの。</p> <p>振込にてお支払いの場合は、請求書・明細書も合わせてご提出いただきます。</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) ● クレジットカード利用時にもらう売上票 (写) <p>※名義人 (法人名または個人名の場合はフルネーム)、利用日、利用先 (医療機関名)、支払金額が記載されているもの。</p> <p>2名以上受診し、まとめて受診費用をお支払いする場合、1人あたりの受診金額がわかる書類も合わせてご提出ください。</p>


※申請書以外の書類は写しをご提出ください。

ご提出いただいた申請書類 (領収書原本含む) は原則ご返却いたしませんのでご注意ください。


■ 受診者名・受診日・受診内容が確認できるいずれかの書類(写) 1点以上(領収書と一緒に必ず添付してください)

添付いただく書類 (医療機関発行の書類)	備 考
個人結果票の表紙 ▲ 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。	「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)」の合計2点以上で、以下の①～⑥がわかる書類をご添付ください。 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 ※書類のご用意が難しい場合はお問合せください。 ※領収書等のお支払いの記録で上記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。 ※書類の見本は、以下に掲載しておりますのでご確認ください。
請求明細書(または請求書)	
案内文・予約票	
受診一覧表	
受診結果CD-Rの表面	

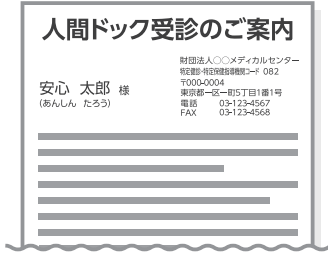
■ その他書類の見本(受診者名・受診日・受診内容が確認できる書類)




個人結果票の表紙




請求明細書



案内文・予約票



受診一覧表



受診結果 CD-R の表面

▲ **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。

(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。
- 受診者が多く、受診日が長期に渡る場合などは、申請期限にご注意のうえ、分けて申請ください。
- 申請書類の不備・不足により審査が保留された場合の補正期限は、あんしん財団で申請書を受付（申請書の到着）した日の翌日から起算して180日です。この期間に不備・不足書類のご提出がない場合は、申請の権利が失効します。
- 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) 補助金申請にあたってのお願い

※人間ドック補助金申請書記入例（7ページ）、定期健康診断補助金申請書記入例（9ページ）をあわせてご確認ください。

- 補助金申請書は仕様変更が生じる場合があるため、コピーでの使い回しはご遠慮ください。
- 申請書はボールペンで記入してください（鉛筆や消せるボールペンは使用しないでください）。
- 押印は鮮明にお願いします。「かすれ」、「欠け」や「[にじみ]」の場合は隣に押印し直してください。
- 集団用申請書の受診者の中で今回申請されない方がいる場合は、氏名の上に二重線を引いてください。
- 集団用申請書の費用負担額（総額）には申請される方に対して要した費用の消費税込み合計額をご記入ください。実際の負担額と相違していても問題ありません。
- 申請される受診者が同じ医療機関をご利用された場合は、最初の受診者の行に医療機関名を記入し、下に続く他の受診者の行は「/」、「↓（矢印）」や「同上」等で構いません。
なお、受診日、費用負担額が同じ場合も同様です（記入例を参照してください）。
- 添付書類として受診結果票をご提出いただく場合は、検査結果の数値の部分に黒く塗りつぶすなどしてください。
- **必要書類は、切る、貼り付ける等の加工はせずにコピーをしてご提出ください。**
- 郵便事情により到着まで日数を要する場合がありますので、申請書は余裕をもってご返送ください。

(5) 補助金のお支払いができない主な場合

- 申請内容が補助金規程に定める支払条件等を満たさないとき。
- 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。
- 受診した日の該当月の会費が未納のとき。
- 会員または加入者の資格喪失日の翌日以降の受診であるとき。
- ご加入日当日および加入前の受診であるとき。
- 申請内容に疑義があり補助金の支払いが不適切とあんしん財団が判断したとき。
- 加入者サービス規約に定める「ご利用資格の取り消し」及び「補助金をお支払いできない主な場合」に該当するとき。

詳しくは **10** ページおよび **規程** をご確認ください。

3 人間ドック補助金

(1) 補助金額 (規程の別表1 ※規程の詳細はあんしん財団のホームページをご覧ください)

加入者1名につき、6,000円を上限とします。

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

※他団体等からの補助金などにより費用負担額が6,000円未満となった場合を含みます。

▲**ご注意**:費用負担額が発生しない場合は補助金対象外となります。

(2) 対象となる人間ドック (規程の別表1 ※規程の詳細はあんしん財団のホームページをご覧ください)

- ① 人間ドックと定める検査
- ② 脳ドック (脳検査または脳オプション検査などは脳ドックの対象にならない場合があります)
- 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

付加健診とは…… 一般健診を受診した方がセットで以下の6項目すべてを受診する健診です。
【尿沈渣顕微鏡検査・生化学的検査・眼底検査・肺機能検査・腹部超音波検査・血液学的検査】

※①～④については国内の医療機関で受診したものに限りです。

※他の循環器ドック(肺、心臓、大腸ドックやメンズ・レディースドックなど特定の部位に特化した健診)、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。

(3) 人間ドック優待契約病院

あんしん財団では国内各地に人間ドック、脳ドックおよびPET検診を優待料金で受診できる契約病院があります。

加入者の方は優待料金での受診後、さらに補助金申請を行うことができます。

優待契約病院の所在地などの詳細は、あんしん財団のホームページをご覧ください。

1. あんしん財団のホームページ (<https://www.anshin-zaidan.or.jp/>) にアクセス
2. トップページから「会員の皆さま」、「補助金制度」を選択
3. 「健康管理のための補助金制度」を選択
4. 「人間ドック優待契約病院」を選択
5. 「優待契約病院一覧」を選択し、優待病院を確認
6. 事前にご自身で優待病院を予約
7. 「人間ドック優待券発行フォーム」より必要事項を入力後「優待券」を印刷
(受診日当日に病院(医療機関)へ提出)
8. 人間ドック受診後、人間ドック補助金申請書を依頼

※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(医療機関)にお伝えください。

※優待券はあんしん財団契約病院の契約コースのみご利用いただけます。

※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。

スマートフォン、タブレットの方はこちらから

※機種によっては読み取りできない場合がありますのでご了承ください。



人間ドック補助金申請書 記入例

個人用

000-0000
東京都新宿区〇〇〇

12345678-00000000-01
●●年●月●日

あんしん運輸株式会社
安心 一郎 様

〒160-0022
東京都新宿区新宿 4-1-6
JR 新宿ミライナタワー
一般財団法人あんしん財団
お客様サービス事業部
TEL0120-512-511 FAX03-5362-2066

人間ドック補助金申請書 在中

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	受診者名 (加入者名)	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)
事業所所在地	〒000-0000 東京都新宿区〇〇〇		
受診医療機関名	〇〇総合病院	受診日 (期限は180日以内)	〇〇年〇月〇日
費用負担額	11,971 円	※太枠欄に必要事項をご記入ください。	
加入資格のご確認 ※いづれかにチェックをしてください。	受診者は、受診日時点で被保険者 (加入者) 資格がありますか。 <input type="checkbox"/> 被保険者 (加入者) 資格あり <input type="checkbox"/> 被保険者 (加入者) 資格なし → 退会減員の手続きが必要です 受診者は、受診日時点で要介護認定を受けている or 申請予定はありますか。 <input type="checkbox"/> 要介護認定なし <input type="checkbox"/> 要介護認定あり (申請予定含む) → 退会減員の手続きが必要です		
【個人情報の利用目的】			
事業所名 あんしん運輸株式会社 代表者名 安心 一郎			
【ご注意】			押印欄 法人事業所→法人代表印 個人事業所→事業主の個人印 あんしん運輸株式会社 印

受診し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 (税込み) をご記入ください。

受診し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

加入資格についてそれぞれに必ずチェックをしてください

記入日、事業所名および代表者名をご記入ください。

受診者名をご確認ください。

一度に2名以上の受診者の補助金申請をする場合は**集団用**の申請書となります。

集団用

000-0000
東京都新宿区〇〇〇

12345678-00000000-01
●●年●月●日

あんしん運輸株式会社
安心 一郎 様

〒160-0022
東京都新宿区新宿 4-1-6
JR 新宿ミライナタワー
一般財団法人あんしん財団
お客様サービス事業部
TEL0120-512-511 FAX03-5362-2066

あんしん財団記入欄

人間ドック補助金申請書 (集団用明細)

※受診者 (加入者) 全員を必ずご記入ください

受診者名 (加入者名)	受診日 (期限は180日以内)	受診医療機関名	人間ドック費用負担額	検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 太郎	〇〇年〇月〇日	↓	↓	002		
花子	〇〇年〇月〇日	〇〇健診センター	30,500	003		
2 安心 二郎	〇〇年〇月〇日	↓	↓	004		
5 安心 三郎	〇〇年〇月〇日	↓	↓	005		

申請される方の費用負担額の総額 (税込み) 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。

受診した日をご記入ください。

受診した病院名をご記入ください。

お支払金額 (税込み) をご記入ください。

4

定期健康診断補助金

定期健康診断補助金制度は2024年3月31日の受診分をもって終了いたします。

(1) 補助金額 (規程の別表1 ※規程の詳細はあんしん財団のホームページをご覧ください)

加入者1名につき、2,000円を上限とします。

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

※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行っている健康診断(再検査を含みます)などは検査項目不足のため対象にならない場合があります。また、費用負担額が発生しない場合およびオプション検査代は補助金対象外となります。

(2) 対象となる健康診断 (規程の別表1 ※規程の詳細はあんしん財団のホームページをご覧ください)

① 事業所が年1回医師により行う健康診断(定期健康診断、事業所健診等)

② 事業所が従業員の雇用時に医師により行う健康診断

※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

※①～⑤については国内の医療機関で受診したものに限りです。

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					
4	血圧の測定	○	○	○	○	○	
5	尿検査	糖	○	○	○	○	
		蛋白	○	○	○	○	○
6	胸部エックス線(喀痰検査)		○		○	○	●4 □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	①空腹時血糖			○	○	●2 □2
		②随時血糖					
		③ヘモグロビンA1cのいずれか1つ					
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に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、①空腹時血糖②随時血糖③ヘモグロビンA1cのいずれか1つ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。

35歳・40歳以上の方は全項目の受診が必須となります。

定期健康診断補助金申請書 記入例

個人用

000-0000
東京都新宿区〇〇〇

12345678-0000000-01
●●年●月●日

あんしん運輸株式会社
安心 一郎 様

〒160-0022
東京都新宿区新宿 4-1-6
JR 新宿ミライナタワー
一般財団法人あんしん財団
お客様サービス事業部
TEL0120-512-511 FAX03-5362-2066

定期健康診断補助金申請書 在中

一般財団法人あんしん財団 宛

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	受診者名 (加入者名)	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)
事業所所在地	〒000-0000 東京都新宿区〇〇〇	受診医療機関名	〇〇総合病院
受診日	〇〇年〇月〇日	費用負担額	7,169 円
加入資格のご確認 ※いずれかにチェックをしてください。	<input checked="" type="checkbox"/> 受診者は、受診日時点で被保険者 (加入者) 資格がありますか。 <input type="checkbox"/> 被保険者 (加入者) 資格あり <input type="checkbox"/> 被保険者 (加入者) 資格なし → 退会減員の手続きが必要です <input type="checkbox"/> 要介護認定なし <input type="checkbox"/> 要介護認定あり (申請予定含む) → 退会減員の手続きが必要です		

【個人情報の利用目的】

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
個人事業所→事業主の個人印
あんしん運輸株式会社 之印

【ご注意】

受診し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 (税込み) をご記入ください。

加入資格についてそれぞれに必ずチェックをしてください

受診し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

受診者名をご確認ください。

記入日、事業所名および代表者名をご記入ください。

一度に2名以上の受診者の補助金申請をする場合は**集団用**の申請書となります。

集団用

000-0000
東京都新宿区〇〇〇

12345678-0000000-01
●●年●月●日

あんしん運輸株式会社
安心 一郎 様

〒160-0022
東京都新宿区新宿 4-1-6
JR 新宿ミライナタワー
一般財団法人あんしん財団
お客様サービス事業部
TEL0120-512-511 FAX03-5362-2066

定期健康診断補助金申請書 (集団用明細)

※受診者 (加入者) 全員を必ずご記入ください

あんしん財団記入欄

受診者名 (加入者名)	受診日 (期限は180日以内)	受診医療機関名	定期健康診断費用負担額	被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	7,169	001		
2 安心 太郎	〇〇年〇月〇日	↓	↓	002		
花子	〇〇年〇月〇日	〇〇健診センター	7,169	003		
〇〇年〇月〇日	〇〇年〇月〇日	↓	↓	004		
5 安心 三郎	〇〇年〇月〇日	↓	↓	005		

申請される方の費用負担額の総額 (税込み) 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。

受診した日をご記入ください。

受診した病院名をご記入ください。

お支払金額 (税込み) をご記入ください。

5 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。

6 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。

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について

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。

7 ホームページからの申請書の請求方法

あんしん財団ホームページの「補助金申請書依頼フォーム」より、人間ドック・定期健康診断の補助金申請書を請求できます。

送信された内容をもとに、あんしん財団から補助金申請書を送付いたします。

※「補助金申請書依頼フォーム」のご利用は、会員番号の入力と補助金規程の確認が必要です。

会員番号は会員証兼保険証券または会員証兼保険契約更新証でご確認ください。

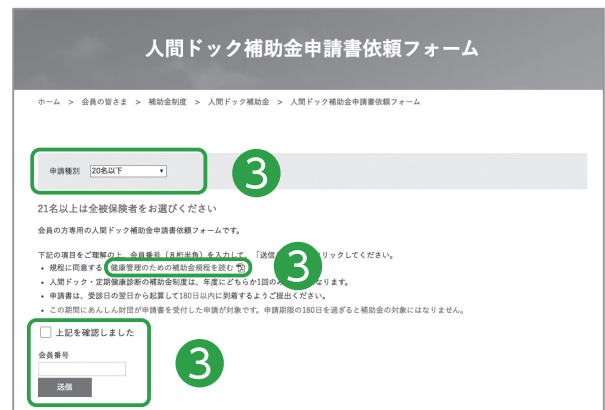
■ 健康管理のための補助金制度の申請書は下記の方法で請求できます

① あんしん財団ホームページのトップページから「お問合せ」を選択。

② 健康管理のための補助金「人間ドック補助金申請書依頼フォーム」または「定期健康診断補助金申請書依頼フォーム」を選択。

③ 申請種別を選び、「健康管理のための補助金規程を読む」を選択し、内容を確認。「上記を確認しました」にチェック () を入れ、会員番号を入力し「送信」を選択。

④ 依頼票の必要事項を入力の上、送信。



ホームページ掲載内容(2022.4.1現在)



FAXでも申請書を請求できます **03-5362-2066**

受付時間/24時間365日 FAX番号のお間違いにご注意ください。

「会員の皆さま」⇒「補助金制度」⇒「人間ドック補助金」または「定期健康診断補助金」⇒「FAX連絡票ダウンロード」を印刷し、必要事項を記入してFAXを送信。

よくあるご質問

- 1 加入者以外も対象になりますか。
→申し訳ありません。補助金の対象者は加入者になります。
- 2 従業員が新たに加入し、人間ドック(定期健康診断)を受診しましたが、補助金の対象になりますか。
→加入日の翌日以降の受診であれば補助金申請を行うことができます。加入日当日または加入前の受診は対象外です。
- 3 人間ドックと定期健康診断の両方を受診した場合、両方とも補助金の対象となりますか。
→1年度間(4月1日～翌年3月31日)に人間ドックもしくは定期健康診断のどちらか1回となります。
- 4 定期健康診断はどんな健康診断でも対象となりますか。
→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ものが対象となります。詳細は8ページをご参照ください。
- 5 市区町村の健康診断は対象となりますか。
→特定健康診査(特定健診)や市区町村で実施している健康診断(再検査を含みます)などは検査項目不足のため、対象外となる場合があります。
- 6 領収書に申請者以外の費用負担額が含まれている場合、どうしたらよいですか。
→そのまま必要書類として提出してください。補助金申請書の費用負担額は、申請者の費用負担額の合計をご記入ください。
- 7 定期健康診断は健康保険組合から補助金が出ているので無料でしたが、オプション代のみ費用負担があった場合も対象になりますか。
→申し訳ありません。あんしん財団の定期健康診断補助金の対象となるのは、健康診断の法定項目の費用負担額になります。健康診断の法定項目の費用負担額が発生しない場合は、オプション代の支払いがあったとしても補助金対象外となります。
- 8 補助金申請書項目以外の請求書、振込は見せたくないの、加工して提出したい。
→申し訳ありません、受け付けられません。
補助金の申請にご提出いただく書類は、切る、折る、貼り付ける、全面を覆い隠す等の加工はせずにご提出ください。ただし、書類によって金額以外で黒く塗りつぶせる箇所がありますので、お問合せください。

ホームページ (<https://www.anshin-zaidan.or.jp/>) にも
「会員の方からのよくあるご質問」
を掲載しています。

スマートフォン、
タブレットの方はこちらから

※機種によっては読み取りできない場合がありますのでご了承ください。



■ お問合せ先

一般財団法人あんしん財団 お客様サービス事業部

〒160-0022 東京都新宿区新宿4-1-6 JR新宿ミライナタワー

TEL: 0120-512-511 音声ガイダンスに従い②をお選びください。

FAX: 03-5362-2066

受付時間: 9時～17時30分 土・日・祝日及び年末年始除く

ホームページ: <https://www.anshin-zaidan.or.jp/>

人間ドック優待券のご利用終了のお知らせ

人間ドック優待契約病院「人間ドック優待券」(申請手續のご案内6ページ記載)のご利用は、2024年3月31日までの受診分をもって終了いたしました。

長らくのご利用ありがとうございました。

なお、人間ドック補助金制度については、今までどおりご利用いただけます。また、福利厚生サービス「あんしん財団 WELBOX」のメニューの一つに「WELBOX 健診」がございます。全国に多数の健診施設があり、人間ドックも会員特別価格でご利用いただけますのでご活用ください。

あんしん財団 WELBOX とは？

「あんしん財団 WELBOX」は多種多彩な福利厚生サービスをWEBでご利用いただけます。

365日、いつでも使える「あんしん財団 WELBOX」は、お得な情報が盛りだくさんです。

多彩なメニューで会員みなさまを応援します！

WELBOXのご利用は別途、登録が必要になります。

ご登録はこちらから



お問い合わせ先

初めての方

あんしん財団の会員番号・被保険者番号・保険契約・登録方法などについて

あんしん財団
お客様サービス事業部

通話料無料

0120-157-182

平日 9:00~17:30

(土・日・祝日および年末年始を除く)

初回登録がお済みの方

利用方法・サービス内容について

(株)イーウェル (WELBOX会員)
WELBOXセンター (専用ダイヤル)

通話料無料

0120-964-545

全日 10:00~21:00

(年末年始を除く)

※時間帯・曜日によって混み合うことがあります。その場合は時間をおいてお掛け直してください。
※情勢により営業時間を変更する場合がございます。最新情報はポータルサイトに掲載いたします。