

4 疾病予防費用補助申請書（事業所用）

作業手順

- 1 基金健保ホームページのホーム画面で[申請書一覧]をクリックします。



- 2 [ログイン]画面に遷移します。パスワードを入力します。

ログイン

社会保険支払基金健康保険組合のホームページへようこそ！
加入者専用サイトにつき、パスワードでログインのうえご利用ください。

パスワードは保険証に記載されている「保険者番号」と「記号」を合わせた10ケタの数字です。
保険証をお手元に準備し、下記をご参照のうえ、パスワードを入力してお進みください。

パスワード:

保険証

記号 ●● 番号 ▲▲▲

氏名 _____
生年月日 _____

保険者所在地

保険者番号 ××××××××

保険者名称 _____

保険者番号 + 記号

×××××××× ●●

3 [申請書一覧]画面に遷移します。[保健事業に関する書式]をクリックします。

申請書一覧

一覧

- 保険証・適用に関する書式
- 給付・請求に関する書式
- **保健事業に関する書式**

保険証・適用に関する書式

書式・記入例

健康保険被扶養者(異動)届

フォームに入力して申請する

書式をダウンロードして申請する場合は下記をご利用ください

- ☑ 健康保険被扶養者(異動)届(A4, 96KB)
- 📄 記入例(262KB)

4 [保健事業に関する書式]画面までスクロールします。[疾病予防費用補助申請書(事業所用)]の[フォームに入力して申請する]をクリックします。

保健事業に関する書式

書式・記入例

疾病予防費用補助申請書(個人用)

フォームに入力して申請する

書式をダウンロードして申請する場合は下記をご利用ください

- ☑ 疾病予防費用補助申請書(個人用)(A4, 19KB)
- 📄 記入例(112KB)

疾病予防費用補助申請書(事業所用)

フォームに入力して申請する

書式をダウンロードして申請する場合は下記をご利用ください

- ☑ SSK健保会館芝利用申込書(兼チェックイン書)(A4, 41KB)
- 📄 記入例(197KB)

5 [申請フォーム]画面に遷移します。必要事項を入力し、[記入した書類を確認する]をクリックして入力内容を確認してください。

疾病予防費用補助申請書（事業所）

提出日 令和 ▾

4 年 9 月 10 日

事業所

事業所名 48：社会保険診療報酬支払基金本部 ▾

担当者氏名 基金 一郎

担当者メールアドレス kikinkenpo03@jewel.ocn.ne.jp

担当者メールアドレスは、このフォームの送信結果をお知らせするためのものです。
インターネット接続PCのメールアドレスを入力してください。

【記号「10」はプルダウンで選択】

1：北海道支部

}

47：沖縄支部

48：本部

実施機関

実施機関名 三田病院

この入力フォームで、最大5人分の申請を入力することができます

1人目の補助内容を入力する（チェックしてください）

被保険者氏名 健保 一郎

補助対象者氏名 健保 一郎

被保険者番号 番号 9999999

枝番 11

申請区分 被保険者 ▾

実施日 令和 ▾

4 年 9 月 2 日

項目ごとの金額	補助金申請額
人間ドック（40,000円）	40000 円
	添付書類 ファイルの選択 ファイルが選択されていません
胃がん検診（12,000円）	<input type="text"/> 円
	添付書類 ファイルの選択 ファイルが選択されていません
乳房がん検診（5,000円）	<input type="text"/> 円
	添付書類 ファイルの選択 ファイルが選択されていません
子宮がん検診（3,000円）	<input type="text"/> 円
	添付書類 ファイルの選択 ファイルが選択されていません

大腸がん検診 (1,000円)	<input type="text"/>	円	添付書類 <input type="button" value="ファイルの選択"/> ファイルが選択されていません
前立腺がん検診 (2,000円)	<input type="text" value="1900"/>	円	添付書類 <input type="button" value="ファイルの選択"/> ファイルが選択されていません
肺がん検診 (3,000円)	<input type="text"/>	円	添付書類 <input type="button" value="ファイルの選択"/> ファイルが選択されていません
インフルエンザ予防接種 (4,500円)	<input type="text"/>	円	添付書類 <input type="button" value="ファイルの選択"/> ファイルが選択されていません
带状疱疹予防接種 (6,500円)	<input type="text"/>	円	添付書類 <input type="button" value="ファイルの選択"/> ファイルが選択されていません
追加項目欄 <input type="text"/>	<input type="text"/>	円	添付書類 <input type="button" value="ファイルの選択"/> ファイルが選択されていません
金額 (小計)	<input type="text" value="41900"/>	円	

2人目の補助内容を入力する (チェックしてください)

被保険者氏名	<input type="text" value="三田 太郎"/>
補助対象者氏名	<input type="text" value="三田 太郎"/>
被保険者番号	番号 <input type="text" value="1234567"/> 枝番 <input type="text" value="20"/>
申請区分	<input type="text" value="被保険者"/>
実施日	<input type="text" value="令和"/> 4 <input type="text"/> 年 9 <input type="text"/> 月 4 <input type="text"/> 日

項目ごとの金額

補助項目 (補助上限)	補助金申請額
人間ドック (40,000円)	<input type="text"/>
胃がん検診 (12,000円)	<input type="text" value="12000"/>
乳房がん検診 (5,000円)	<input type="text"/>
子宮がん検診 (3,000円)	<input type="text"/>
大腸がん検診 (1,000円)	<input type="text" value="1000"/>
前立腺がん検診 (2,000円)	<input type="text"/>
肺がん検診 (3,000円)	<input type="text" value="3000"/>
インフルエンザ予防接種 (4,500円)	<input type="text"/>
带状疱疹予防接種 (6,500円)	<input type="text"/>

追加項目欄 円

添付書類 **ファイルの選択** ファイルが選択されていません

金額 (小計) 円

3人目の補助内容を入力する (チェックしてください)

4人目の補助内容を入力する (チェックしてください)

5人目の補助内容を入力する (チェックしてください)

最大5人分まで入力できます。

補助金額の合計

金額 (合計) 円

補助金額の合計額を確認してください。
(参考)
HP>保健事業>人間ドックおよびがん検診>概要>保健事業に係る費用補助限度額

事業者補足

備考

健保に連絡することがある場合に使用してください。

下のボタンを押して、入力内容をご確認ください。

記入した書類を確認する

入力必須項目に不備がある場合、その項目が赤字で表示されます。
※ 入力必須項目
・ 提出日、事業所名、担当者メールアドレス、実施機関名、1人目の補助内容
・ 被保険者氏名、補助対象者氏名、被保険者番号、申請区分、実施日)

6 前5で確認した入力内容により送信する場合は[確認した内容で送信する]をクリックします。また、内容を修正する場合には[内容を修正する]をクリックして、赤字で表示されている項目について修正してください。

ご確認いただいた内容で送信してもよろしいでしょうか。

確認した内容で送信する

内容を修正する

7 「疾病予防費用補助申請書(事業所用)」の申請受付メッセージが表示されます。

疾病予防費用補助申請書 (事業所) の申請を受け付けました。

疾病予防費用補助申請書 (事業所) の控えはご入力いただいたメールアドレスに送付いたします。

ご利用ありがとうございました。

8 「疾病予防費用補助申請書(事業所用)」の申請受付メール(イメージ)

2022/08/15 (月) 14:56
 kikinkenpo02@vanilla.ocn.ne.jp
 疾病予防費用補助申請書(事業所)の申請を受け付けました
 宛先 kikinkenpo03@jewel.ocn.ne.jp

PDF 疾病予防費用補助申請書(事業所).pdf 56 KB

「申請フォーム」で入力した担当者メールアドレス宛に申請受付メールが送信されます。

疾病予防費用補助申請書(事業所)の申請を受け付けました。
 ご利用ありがとうございました。

 お問い合わせ
 社会保険支払基金健康保険組合
 電話 03-5444-8618
 受付時間 10:00~17:00
 (土日、祝日を除く)

9 申請受付メールに添付される「疾病予防費用補助申請書(事業所用)」(イメージ)

様式第3-1
疾病予防費用補助申請書(事業所用)

令和 4年 9月 10日 申請

社会保険支払基金健康保険組合理事長 殿

支部番号 48
 社会保険診療報酬支払基金本部

申請額合計 57,900 円

実施機関名 三田病院

No.	被保険者番号	扶番	被保険者名	受診者	1本人 2家族	実施日	ドック (40,000)	がん検診					インフルエンザ (4,500)	带状疱疹 (6,500)	追加項目 (実費)
								胃 (12,000)	乳房 (5,000)	子宮 (3,000)	大腸 (1,000)	前立腺 (2,000)			
1	9999999	11	健保 一郎	健保 一郎	被保険者	09/02	40,000					1,900			
2	1234567	20	三田 太郎	三田 太郎	被保険者	09/04		12,000			1,000		3,000		
3															
4															
5															
合 計							40,000	12,000			1,000	1,900	3,000		

単位:円

※1 人間ドックの費用補助申請には、特定健診に係る費用が明記された領収書及び健診結果の提出が必要です。
 ※2 () カッコ内は補助上限額です。

備 考

健康保険組合受付印