

# 令和7年度 疾病予防補助金請求書（家族・任意継続者健康診断用）

【提出先】各事業所の  
総務・人事担当者宛

以下の記号の事業所の方は、⇒の宛先へ提出してください。（事業所名略）

- ▷ 1001/2401/3001 ⇒ ENEOS 大連人事センター（あて先欄に「NO. 47」、「ドック」と追記してください）  
※外部出向等で社内便が使えない場合：[〒100-8161 東京都千代田区大手町一丁目1番2号 ENEOS(株) 大連人事センターNo.47 メールセンター経由 ]に送付してください。
- ▷ 1088 ⇒ ENEOS Xplora(株) 人事部給与厚生グループ(健康保険担当)宛
- ▷ 3046 ⇒ ㈱ENEOSマテリアル本社(汐留)経由「人事サ」宛  
※社内便が使えない場合：[〒103-0015 東京都中央区日本橋箱崎町24番1号 日本橋箱崎ビル15階 ㈱シーエーシー内㈱ENEOSマテリアル人事業務サービス宛 ]に送付してください。
- ▷ 8888 ⇒ ENEOSグループ健康保険組合 宛 [〒231-8335 神奈川県横浜市市中区桜木町一丁目1番地8 日石横浜ビル ]

私(申請者)は、給付業務に必要な個人情報をENEOSグループ健康保険組合が使用することについて、この届出により承諾いたします。

- (注)
- ・ 領収書(原本)はこの請求書の裏面にのりで貼付してください。
  - ・ 健康保険を使つての検診(健診)は医療行為(本人3割負担/健保7割負担)となり、当疾病予防事業の補助対象外となりますのでご注意ください。
  - ・ 契約の健診機関で受診した際に、窓口へ受診票を提出した方はこの請求書は使用できません。

提出期限: 令和8年3月31日(火) 健保組合必着

記入日	令和 ○○年○○月○○日
-----	--------------

被保険者(本人)について記入してください。				
記号: ○○○○	〒 ○○○-○○○○	事業所(勤務先会社)名 <small>任意継続者の方は「任継」と記入してください。</small>	<b>任継</b>	内線または外線電話
番号: ○○○○○	住所 ○○県○○市○○町1-1-1	事業部、製油所、支店等		日中連絡がとれる電話番号を記入してください。 ○○-○○○-○○○
<small>※枝番は記入しないでください。</small>	氏名 <b>健保 太郎</b>	所属部署名		

**\*被保険者(本人)対象\*** 該当する検診項目「□」にレ点(チェックマーク)を記入してください。 <健保組合記入欄>

任意継続被保険者	続柄	年齢	健診項目(検査項目)	補助上限(税込)	添付書類(本請求に必要となる書類)	医療機関での支払額	支給決定額
	本人	○○	<input checked="" type="checkbox"/> 任意継続者健康診断	30,000円	①受診者名宛領収書(原本)	20,000 円	円
		<input type="checkbox"/> 乳がん検診(単独受診可)	6,000円	②家族健康診断・任意継続者健康診断受診票(原本)	円	円	
		<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診(単独受診可)	3,000円	③健診結果全部の写し	円	円	
合計						円	円

**\*被扶養者(家族)対象\*** <健保組合記入欄>

被扶養者氏名	続柄	年齢	健診項目(検査項目)	補助上限(税込)	添付書類(本請求に必要となる書類)	医療機関での支払額	支給決定額
<b>健保 花子</b>	母	○○	<input checked="" type="checkbox"/> 家族健康診断	30,000円	①受診者名宛領収書(原本)	20,000 円	円
			<input checked="" type="checkbox"/> 乳がん検診(単独受診可)	6,000円	②家族健康診断・任意継続者健康診断受診票(原本)	6,500 円	円
			<input checked="" type="checkbox"/> 子宮頸がん検診(単独受診可)	3,000円	③健診結果全部の写し	3,500 円	円
合計						円	円

受診した医療機関	
機関名	○○○病院健診センター
受診日	令和○○年○○月○○日

<健保組合記入欄>

支給支出決定伺	支払日	令和						
	常務理事	事務長	担当者					

事業所担当者の記入欄ですので、ご本人の記入は不要です。

<事業所担当者記入欄>

事業所名	
上長	担当者
	

<個人情報保護関係>情報の管理方法等は当健保組合ホームページに詳細を掲載しています。

※任意継続者は不要