

# 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、⇒の宛先に提出してください。（事業所名略）

- ▶ 1001/2401/3001 ⇒ ENEOS 大連人事センター（※先欄に「NO. 47」、「ドック」と記載してください）  
※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 大連人事センターNo47 メールセンター経由にて送付してください。
- ▶ 1088 ⇒ ENEOS Xplora(株)人事部給与厚生グループ（健康保険担当）宛
- ▶ 3046 ⇒ ENEOS マテリアル社内便の宛先は「人事サ」、 ENEOSグループ社内便の宛先は ㈱ENEOS マテリアル本社（汐留）経由人事サ  
※社内便が使えない場合：〒850-0046 長崎県長崎市幸町7-1 長崎スタジアムシティNORTH階 株式会社シーエーシー内 株式会社ENEOSマテリアル 人事業務サービス宛にて送付してください。
- ▶ 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。		事業所（勤務先会社）名	任 継	内線または外線電話
記号：○○○○	〒 ○○○-○○○○	任意継続者の方は「任継」と記入してください。		日中連絡がとれる電話番号を記入してください。
番号：○○○○○	住 所 ○○県○○市○○町1-1-1	事業部、製油所、支店等		00-0000-0000
※枝番は記入しないでください。	氏 名 健保 太郎	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）
			<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
			健保 花子	母	○○	<input checked="" type="checkbox"/> 家族健康診断	30,000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