健保記入欄	支給額	円	常務理事	事務長	担当

健康保険　健診費用補助金支給申請書

【家族（被扶養者）、任意継続被保険者が契約外医療機関で健康診断を受けたとき（オプション検査を含む）】

提出日	年　月　日						
被保険者等記号番号	記号 番号	被保険者氏名		生年月日	昭和 平成	年　月　日	
被保険者住所	〒 電話　（　　）		所属及び部署名	電話　（　　）			
受診者氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ	続柄		生年月日	昭和 平成	年　月　日	

健診について	受診日	年　月　日		
	受診医療機関	名　称		
		所在地		
	健診の内容	基本コース/オプション検査	受診した項目に「○」を付けて下さい。（5.ｵﾌﾟｼｮﾝ検査は検査名称を記載）	
			被扶養者	任意継続被保険者
		1. 定期健診プラス		
		2. 40歳以上被扶養者健診簡易ｺｰｽ		
		3. 生活習慣病予防健診		
		4. 人間ドック		
		5. オプション検査 ※オプションの単独受診は補助金対象外となります。	（　　）	（　　）
	申請金額	円		

給付金振込先	**給付金は、会社へ届出されている給与振込口座へ振込します。（被保険者口座となります。） 任意継続被保険者の方は、当組合へ届出されている給付等振込先口座へ振込します。**

【申請上の注意事項】

○受診日に当組合の資格のない方は申請できません。

○健診の内容欄の受診した項目に「○」を付けて下さい。ただし「5.オプション検査」は（　）に「検査名称」を記載して下さい。

【添付書類】

○領収書（原本）　○健診結果報告書写し（全ページ）

【受診できる健診・オプション検査の種類】

○対象者：健保の被扶養者（任意継続被扶養者も含む）、任意継続被保険者

○健診は医療機関1カ所のみで受診可能（複数は不可）、受診時期もオプション検査を含め健診と同時期といたします。

（検査項目の分割受診、オプションの単独受診は不可）

○補助上限額を超過した分は、自己負担となります。

基本コース/オプション検査	対象年齢	被扶養者	任意継続被保険者	備考
1. 定期健診プラス	35～39歳		16,500円	
	35歳以上	11,000円		
	35歳未満		11,000円	
2. 40歳以上被扶養者健診簡易コース	40歳以上	33,000円		
3. 生活習慣病予防健診	40歳以上	33,000円	33,000円	胃部X線から胃内視鏡の変更差額は自己負担となります。
	35～39歳	11,000円	11,000円	
	35歳未満		5,500円	
4. 人間ドック	40歳以上	33,000円	33,000円	胃部X線から胃内視鏡の変更差額は自己負担となります。
	35～39歳	11,000円	11,000円	
	35歳未満		5,500円	
5. オプション検査				
女性：子宮がん検査	年齢制限なし		4,000円	
	35歳以上	4,000円		
女性：乳がん検査	年齢制限なし		6,000円	乳がん検査は乳房超音波か、ﾏﾝﾓｸﾞﾗﾌｨｰ（原則2方向）の選択制です。
	35歳以上	6,000円		
男性：前立腺がん検査（PSA）	45歳以上	2,500円	2,500円	
動脈硬化検査（頸動脈超音波検査+ABI）	45歳以上		5,000円	
脳　検　査	50歳以上		25,000円	
風疹抗体検査	年齢制限なし		2,700円	
	35歳以上	2,700円		

【送付先】

郵送の場合　：　〒160-0023　東京都新宿区西新宿8-19-1　小林ビル511号室

大気社グループ健康保険組合

受付日印