

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			
被保険者証 記号番号	記号	被保険者 氏名		
	番号			
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	フリガナ	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.オプ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	27,500円		
3. 生活習慣病予防健診	40歳以上	27,500円	27,500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	27,500円	27,500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 35歳以上	4,000円	4,000円
女性:乳がん検査	年齢制限なし 35歳以上	5,000円	5,000円	乳がん検査は乳房超音波か、マンモグラフィーの選択制です。
男性:前立腺がん検査(PSA)	45歳以上	2,500円	2,500円	
脳検査	50歳以上		25,000円	
動脈硬化検査(頸動脈超音波検査+ABI)	50歳以上		5,000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