

| | | | | | |
|-------|-----|---|------|-----|----|
| 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 |
| | | 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 | | |
| | 40歳以上 | 33,000円 | 33,000円 | |
| 3. 生活習慣病予防健診 | 35～39歳 | 11,000円 | 11,000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歳未満 | | 5,500円 | |
| | 40歳以上 | 33,000円 | 33,000円 | |
| 4. 人間ドック | 35～39歳 | 11,000円 | 11,000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歳未満 | | 5,500円 | |
| | 40歳以上 | 33,000円 | 33,000円 | |
| 5. オプション検査 | 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、マンモグラフィ(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