

〈特例契約〉健診機関ドック受診料補助【申請書】

※補助を受けようとする方は、この申請書を受診日の1カ月前に当健保組合へ提出してください。
内容審査し、後日「承認通知書」を送付いたします。

被保険者	保険証 記号・番号	—	事業所名	
	氏名		所属部署	
	被保険者 住所	(住所) 〒 — 都 道 府 県		

受診対象者	氏名	(フリガナ)	続柄	連絡先電話番号
			本人 家族	— —
	生年月日	昭和 平成 年 月 日	受診当日年齢	歳

受診先	(健診機関名)	(電話番号)
	(住所) 〒 — 都 道 府 県	— —

予約日	令和 年 月 日 ()
-----	--------------

受診料金 (税込)	(人間ドック) _____ コース 円	(脳ドック) *人間ドックのオプション 円
	(オプション検査) *合計額 円	<input type="checkbox"/> ピロリ菌 _____ 円 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん _____ 円 <input type="checkbox"/> PSA前立腺 _____ 円 <input type="checkbox"/> 胃カメラへの切替 _____ 円

*受診項目に✓を入れてください

申請理由	
------	--

確認欄 <input type="checkbox"/> 内に✓	<input type="checkbox"/> この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ②記載内容については、誤りがないことを申請者本人が確認している。
-------------------------------------	--

〈人間ドック および オプション検査補助内容〉

被保険者・被扶養者……受診料の70%、ただし補助上限額は契約料金の70%（消費税含む）。
上記以外のオプション検査は、補助対象外（自己負担での受診）となります。

〈脳ドック補助内容〉

被保険者・被扶養者……受診料の50%、ただし補助上限額は契約料金の50%（消費税含む）。
年齢に関係なく毎年受診可、ただし単独での脳ドック受診はできません。

健保使用欄

健保補助額（上限、契約料金の負担割合分まで）	
人間ドック (オプション含)	円
脳ドック	円
合計	円

常務理事	事務長	担当者

受付印