

〈契約外〉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	—	会 社 (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

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) * 受診項目に✓を 入れてください	(人間ドック)	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"/> PSA前立腺	円	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん	円
	<input type="checkbox"/> 胃カメラへの切替	円	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ	円
			<input type="checkbox"/> 乳房エコー	円

申請理由	<input type="checkbox"/> 自宅近くに契約機関がないため <input type="checkbox"/> その他〔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60%、ただし補助上限額は30,000円（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30,000円（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				受 付 印
健保補助額（上限30,000円）	常務理事	事務長	担 当 者	
人間ドック (オプション含)				
脳ドック				
合 計				