

〈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ヵ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 險 証<br>記号・番号                                                                              | ▲▲▲▲ — ▲▲▲▲                                      |  | 会 社<br>(事業所名)        | (株) ▲▲▲▲▲                |  |
|                      | 氏 名                                                                                         | ▲▲ ▲▲                                            |  | 所属部署                 | 本社▲▲▲部<br>(課、工場、支店、営業所等) |  |
|                      | 被保険者<br>住 所                                                                                 | (住所) 〒 ▲▲▲ — ▲▲▲▲<br>▲▲ (都 道 府 県) ▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲ |  |                      |                          |  |
| 受 診 対 象 者            | 氏 名                                                                                         | (フリガナ) ▲▲▲▲ ▲▲▲▲<br>▲▲ ▲▲                        |  | 続 柄                  | 連絡先電話番号                  |  |
|                      | 生年月日                                                                                        | 昭和 平成 ▲年 ▲▲月 ▲▲日                                 |  | 本人 家族                | ▲▲ — ▲▲▲▲ — ▲▲▲▲         |  |
| 受 診 先                | (健診機関名)                                                                                     |                                                  |  | (電話番号)               |                          |  |
|                      | ▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲<br>(住所) 〒 ▲▲▲ — ▲▲▲▲<br>▲▲ (都 道 府 県) ▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲                          |                                                  |  | ▲▲ — ▲▲▲▲ — ▲▲▲▲     |                          |  |
| 予 約 日                | 令和 ▲年 ▲▲月 ▲▲日 ( ▲ )                                                                         |                                                  |  |                      |                          |  |
| 受 診 料 金<br>( 税 込 )   | (人間ドック)                                                                                     |                                                  |  | (脳ドック) * 人間ドックのオプション |                          |  |
|                      | ▲▲,▲▲▲ 円 (税込)                                                                               |                                                  |  | ▲▲,▲▲▲ 円 (税込)        |                          |  |
|                      | (オプション検査) * 合計額                                                                             |                                                  |  | □ ビロリ菌 円             |                          |  |
| * 受診項目に✓を<br>入れてください | ▲▲,▲▲▲ 円                                                                                    |                                                  |  | ☑ 子宮頸がん ▲,▲▲▲ 円      |                          |  |
|                      | □ PSA前立腺 円                                                                                  |                                                  |  | □ マンモグラフィ 円          |                          |  |
|                      | □ 胃カメラへの切替 円                                                                                |                                                  |  | ☑ 乳房エコー ▲,▲▲▲ 円      |                          |  |
| 申請理由                 | ☑ 自宅近くに契約機関がないため<br>□ その他 [理由 : ]                                                           |                                                  |  |                      |                          |  |
| 確認欄<br>□内に✓          | 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。<br>①申請者本人（被保険者）が作成したものである。<br>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<br>(オプション含) | 円 |      |     |       |     |
| 脳 ド ッ ク           | 円 |      |     |       |     |
| 合 計               | 円 |      |     |       |     |