

※ 各種健診種目ごとに、検査費用の表示がある、受診者名義の「領収書（原本）」を添付してください。

※ コースセット受診や、検査費用の明細が不明な場合は、代表する1項目の補助となります。

※ 健保記入欄				
補助金計	万	千	百	十

(被保険者本人用) 各種検診 利用費用補助金請求書

※ 番号は最大7桁です。枝番の記入は不要です。

提出日: R 6 年 〇 月 〇 日

健康保険 被保険者証	記号 〇 〇	番号(右詰めで・最大7桁) × × × × × × ×	被保険者名 健保 康子	男 女	年齢 41 才
※コースセット受診について: コースセット内に何種類かの検査種目が含まれる場合、 検査名と金額の内訳明細が必要です。 明細不明な場合、代表する1項目の補助となります。			生年月日 S H 〇 年 〇 月 〇 日生		

対象者	各種検診種目	補助上限額	前回受診日	受診日	検診費用(税込)	※健保記入欄 補助金
被 保 険 者 本 人	〇 人間ドック検診	40,000円				
	PET検診 (人間ドックと同年度補助なし)	40,000円	初回受診	R 6 年 〇 月 〇 日	3 8 5 0 0	
	オプション 前立腺(腫瘍マーカーPSA)	6,000円	前回 R5 年 〇 月			
	オプション ピロリ菌	6,000円			5 5 0 0	
	脳ドック検診 (2年に1回)	40,000円	初回受診 前年 月 日	R 年 月 日		
	胃がん検診 (胃カメラ・バリウム等)	15,000円	初回受診 前年 月 日			
	肺がん検診 (肺CT・胸部レントゲン等)	15,000円	初回受診 前年 月 日			
	大腸がん検診 ※腫瘍マーカー名、要確認 (腫瘍マーカーはCEA・CA19-9 を含むもの)	15,000円	初回受診 前年 月 日			
	骨粗しょう症検診	4,000円	初回受診 前年 月 日			
	婦人科検診					
〇 子宮がん検診 一般的な検査名: ・頭部細胞診 ・超音波検査 ・HPV検査 ・腫瘍マーカー CA125 等	子宮がん検診、 乳がん検診の 中で、検査項目 を問わず、1回 にまとめて申請 した場合に限り、 20,000円	初回 受診 前年 月 日	R 6 年 6 月 〇 日	1 5 4 0 0		
〇 乳がん検診 一般的な検査名: ・マンモグラフィ ・超音波検査 ・腫瘍マーカー CA15-3 等		初回 受診 前年 月 日	R 6 年 8 月 〇 日	8 8 0 0		
婦人科合計					2 4 2 0 0	
事業所記載欄	上記のとおり補助金の請求がありましたので給付願います。 R 年 月 日 所 属 事 業 所 住 所 事業所名					

(注意事項)

1	対象期間	4月から翌年3月受診までとし、1年に1回補助する。 脳ドックのみ、2年に1回補助する。
2	請求締切り	年度の最終締切りは、翌年度の4月末までに健保必着とする。 (任意継続被保険者の方以外は、事業所経由での提出となりますので、ご注意ください。) 5月以降は、受付できません。
3	補助上限額	それぞれの上限額とする。10円単位とし10円未満は切り捨てる。 市区町村の助成、保険診療は対象外。
4	添付書類	受診者名義の、各種検診項目ごとに検診費用が表示してある 「領収書(原本)」「写は認めない」を添付する。 検診項目・明細の表示が不明な場合は、HPの写しを添付。
5	提出先	所属事業所(本所または本社の管理部署)を経由して、健保へ提出。 出向者は、出向元の管理部署を経由して、健保へ提出。 (全農所属の方は、総務人事部 給与厚生課へ提出してください。)
6	補助金支給方法	毎月15日までに健保へ提出された請求を、翌月に所属事業所を経由して支給する。

健保受付印
