

※ 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。

※ 任意継続被保険者、39歳以上の被扶養者の方で、(株)LSIメディエンスを通じ「特定健診受診時」に、オプション（婦人科検診等）を受けた場合、精算は当健保助成後金額ですので**補助金請求は不要**です。

※ 健保記入欄
補助金計 7 1 4 8 0 円

各種検診 利用費用補助金請求書

太線内の、赤字部分を記入・押印してください。

健康保険 被保険者証	記号 〇 〇 × × × × × × × ×	番号(右詰め)	被保険者 (請求者)	健保 太郎 (職員の氏名)	健康 ⑩		
〇印を 付ける ↓	※コースセット受診について: 各種検診種目が含まれていても、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。 例: がん検診コースセット価格 111,000円 (検査項目:「人間ドック」「脳ドック」「婦人科」等) この場合は、「人間ドック」として、35,000円のための 補助とする。		受診者氏名 および続柄等	健保 花子 (受診された方の氏名)	男 本人 女 配偶者		
	生年月日		S H 44 年 5 月 2 1 日生	※年齢注意 49 才			
対象者	各種検診種目	補助上限額(円)	前回受診日	受診日	検診費用(税込)	※健保記入欄 補助金	
30歳以上の被扶養者 本人	人間ドック・PET/CT検診	◎人間ドックとPET/CT検診との同年の補助は、おこなわない。 ◎前立腺およびピロリ菌の検査は、人間ドック検診およびPET/CT検診のオプション受診に限る。					記入しないでください。 ↓補助金例
	〇 人間ドック検診	35,000	初回受診	年 4 月 10 日	4 2 0 0 0	3 5 0 0 0	
	PET/CT検診	35,000	初回 30 年 5 月				
	オプション(前立腺(PSA))	6,000			3 2 4 0	3 2 4 0	
	オプション(ピロリ菌)	6,000					
	〇 脳ドック検診 (2年に1回)	35,000	初回受診 前回 28 年 3 月	年 4 月 10 日	2 1 6 0 0	2 1 6 0 0	
	胃がん検診 (胃ドック検診含む)	15,000	※2018年度より	年 月 日			
肺がん検診 (肺ドック検診含む)	15,000	※2018年度より	年 月 日				
〇 大腸がん検診 (腫瘍マーカーCEA含む)	15,000	初回受診 前回 年 月	年 4 月 10 日	1 6 4 6	1 6 4 0		
被扶養者 配偶者	骨粗しょう症検診	4,000	初回受診 前回 年 月	年 月 日			
	婦人科検診 注意: 検査種類が決められています。	◎両項目受診:1回にまとめて申請した場合に限り10,000円まで補助する。 ◎検査項目・明細がわかる領収書またはHP等の写を添付すること。					
	〇 子宮がん検診 (子宮細胞診 or 超音波の 一項目)	両方: 10,000	初回 受診 前回 30 年 8 月	年 5 月 20 日	5 1 4 3	1 0 0 0 0	
	〇 乳がん検診 (マンモグラフィ or 超音波の 一項目) ※同時に行った、「視触診」を 含む。	片方: 6,000	初回 受診 前回 年 月	年 4 月 10 日	6 1 7 1		
婦人科合計					1 1 3 1 4		
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。							
年 5 月 2 2 日 ← 所属事業所への提出日を記入							
所 属 事 業 所			住 所 事業所名 事業所記入 ⑩				
◎事業所 記載欄です。 ◎任意継続加入者は、所属事業所名の記載と印は必要はありません。							

(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月末とする。 (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(3割自己負担)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。 任意継続加入者は、健保へ直接提出。
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。 任意継続加入者へは、健保より直接支給する。

健保受付印
