2024.4改定

※ 健保記入欄

| 補助金計 | | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 |
|---|---|---|---|---|---|---|

※ **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。

# （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　　年　　月　　日

| 健康保険被保険者証 | 記号 | 番号（右詰めで・最大7桁） | 被保険者名 | | 男 / 女 | ㊞ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 生年月日 | S　H　　年　　月　　日 生 | 年齢 | 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。

| 対象者 | 受診した検診種目に○印を付ける。 | 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 | | | ◎「腫瘍マーカー」を何種類かセットにしている場合は、代表する1項目の補助となります。<br>◎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検診のオプション受診に限る。 | | | | 記入しないでください。↓ |
| | | 人間ドック検診 | 40,000円 | 初回受診<br>前回　年　月 | R　年　月　日 | 万 千 百 十 円 | |
| | | PET検診（人間ドックと同年度補助なし） | 40,000円 | | | | |
| | | オプション 前立腺（腫瘍マーカーPSA） | 6,000円 | | | | |
| | | オプション ピロリ菌 | 6,000円 | | | | |
| | | 脳ドック検診（2年に1回） | 40,000円 | 初回受診<br>前回　年　月 | 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<br>前回　年　月 | R　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<br>前回　年　月 | R　年　月　日 | | |
| | | 大腸がん検診<br>※腫瘍マーカー名、要確認<br>（腫瘍マーカーはCEA・CA19-9を含むもの） | 15,000円 | 初回受診<br>前回　年　月 | R　年　月　日 | | |
| | | 骨粗しょう症検診 | 4,000円 | 初回受診<br>前回　年　月 | R　年　月　日 | | |
| | 婦人科検診 | | | | | | |
| | | 子宮がん検診<br>一般的な検査名：<br>・頸部細胞診<br>・超音波検査<br>・HPV検査<br>・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<br>前回　年　月 | R　年　月　日 | | |
| | | 乳がん検診<br>一般的な検査名：<br>・マンモグラフィ<br>・超音波検査<br>・腫瘍マーカー　CA15-3　等 | | 初回 受診<br>前回　年　月 | R　年　月　日 | | |
| | | | | | 婦人科合計 | | |

| 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。<br>R　年　月　日<br>所属事業所　住所<br>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。<br>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。<br>（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。）<br>**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。<br>**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。**<br>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。<br>出向者は、出向元の管理部署を経由して、健保へ提出。<br>**（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 |
|---|
| |