

- ※ 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。
- ※ **40歳以上**の方で、**人間ドック補助請求**をする場合、**特定健診質問票**と、**検査結果**の提出も必要です。
- ※ ウィーメックス(株)を通じ、「人間ドック」や「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。

補助金計	万	千	百	十	円

(被扶養配偶者用) 人間ドック検診 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	番号(右詰めで・最大7桁)	被保険者名	全農 太郎			全農
	〇 〇	× × × × × × ×	受診者氏名	全農 華子	男	女	

※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ている場合、検査名と金額の内訳明細が必要で 明細不明な場合、代表する1項目の補助となります。	受診者生年月日	S H 〇 年 〇 月 〇 日生	年齢	43 才
---	---------	------------------	----	------

(注意) 40歳以上の方が、「人間ドック」を受診し、補助請求をする場合は、右記の同意が必要です。

人間ドック検査結果を、全農健保が健康管理事業の資料として活用することに同意します。

※ 健康管理事業とは、受診者から提出された健診結果を、国より当健保に義務付けられている「特定健康診査」のデータとして取り扱い、事後の保健指導や健康管理に役立てることが目的です。

※ 後日、当健保から返信用レターパック封筒を送付しますので、健診結果の写しを**1カ月以内**にご送付ください。(郵送料健保負担)

※ 同意いただけない場合は、**補助対象外**となります。

受診した検査種目に〇印を付ける

健診結果返信用封筒送付先/電話番号(健保より直送します)

配偶者の住所・電話番号を記入

電話番号(返信が遅延している場合、連絡させて頂くことがあります。):

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
					万	千	百	十	円	
被扶養配偶者以上	〇 人間ドック検診(40歳以上同意必要)	40,000円	初回受診 R 6 年 〇 月 〇 日	R 6 年 〇 月 〇 日						
	PET検診(人間ドックと同年度補助なし)	40,000円			4	5	0	0	0	
	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								

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。
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 (40歳以上・人間ドック請求)	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。 特定健診質問票の添付と、後日検査結果送付も必須。
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。

請求書着日:

質問票着日:

健保受付印(検査結果着日)