

※ 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、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。

※ 健保記入欄				
補助金計	万	千	百	十
				円

### (被扶養配偶者用) 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	⑩		
			受診者名	男	女	配偶者
目 に 診 し 印 を 検 付 け 種	※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。		受診者生年月日	S	H	年 月 日 生
				年 齢	※40歳以上専用様式 才	

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									
40歳以上被扶養配偶者	脳ドック検診 2年に1回	40,000円	初回受診 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 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 年月 R	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 年月 R	年月日														
	骨粗しょう症検診	4,000円	初回受診 年月 R	年月日														
婦人科検診																		
	子宮がん検診 一般的な検査名: ・頸部細胞診 ・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 た場合限り、 20,000円	初回 受診	年月日														
	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	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。																	
	R 年 月 日																	
	所 属 事 業 所 住 所 事業所名 ⑩																	

#### (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
-------