（注意）人間ドックの請求書は、別様式です。　　2026.4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。
※　(株)ベネフィット・ワンを通じ**「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。

（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		㊞
			受診者名		男　女　配偶者

受診する。目に○印を付けた検診種	※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
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 前回　年　月	R　年　月　日	万 千 百 十 円	
		胃がん検診 （胃カメラ・バリウム等）	**15,000円**	初回受診 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 前回　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 前回　年　月	R　年　月　日		
		骨粗しょう症検診	**4,000円**	初回受診 前回　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に限り、20,000円**	初回 受診 前回　年　月	R　年　月　日		
		乳がん検診 一般的な検査名： ・ﾏﾝﾓｸﾞﾗﾌｨ ・超音波検査 ・腫瘍ﾏｰｶｰ　CA15-3　等		初回 受診 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。

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　福利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