

※ 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、ウイーメックス（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 6 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	全農 太郎						全農 印				
	○ ○	× × × × × ×	受診者名						全農 華子							男 女	配偶者		
対象者 40歳以上被扶養配偶者	自受に診し、印を検診用紙に捺す場合、 ※コースセッ受診について: コースセッ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 43 才				
	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					
	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				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		万 千 百 十 円				万 千 百 十 円					
	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		万 千 百 十 円				万 千 百 十 円					
	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		万 千 百 十 円				万 千 百 十 円					
骨粗しょう症検診			4,000円		初回受診 前回		年 月 R 年 月 日		万 千 百 十 円				万 千 百 十 円						
婦人科検診										婦人科検診は、1回にまとめて請求してください。									
事業所記載欄	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			初回受診 前回 R5 年 ○ 月		R 6 年 6 月 ○ 日				万 千 百 十 円 8 8 0 0				万 千 百 十 円					
	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 前回 R4 年 ○ 月		R 6 年 8 月 ○ 日				万 千 百 十 円 6 6 0 0				万 千 百 十 円					
	婦人科合計										1 5 4 0 0				万 千 百 十 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。										印									
R 年 月 日	住 所 所 属 事 業 所 事 業 所 名									印									

(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)														健保受付印
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。														
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。														