

※ 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 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 〇 年 〇 月 〇 日生 | | | 年齢 | ※40歳以上専用様式 43 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 前日 | 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 前日 | | | |
| | 肺がん検診 (肺CT・胸部レントゲン等) | 15,000円 | 初回受診 前日 | | | |
| | 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 前日 | | | |
| | 骨粗しょう症検診 | 4,000円 | 初回受診 前日 | R 年 月 日 | | |

「腫瘍マーカー」は、様々な種類があります。受診した場合は、「腫瘍マーカー名」を確認してください。
例: PSA→前立腺シフラ→肺がん
CEA、CA19-9→大腸がん
何種類かを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。

| | | | | | | | | |
|-------|---|---|----------|---------------|---|---|---|---|
| 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。 | | | | | | |
| 〇 | 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 | R 6 年 6 月 〇 日 | 8 | 8 | 0 | 0 |
| | 前日 | | R5 年 〇 月 | | | | | |
| | 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 | R 6 年 8 月 〇 日 | 6 | 6 | 0 | 0 |
| | | | 前日 | R4 年 〇 月 | | | | |
| 婦人科合計 | | | | | 1 | 5 | 4 | 0 |

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

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) |
| 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 |
| |
| |
| |