

※ 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・最大7桁)	被保険者名		全農 太郎		全農 〇	
	〇 〇	× × × × × × ×	受診者名		全農 華子		男 女 配偶者	
目受診に 〇し 印を 検 付 診 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 〇 年 〇 月 〇 日生		※40歳以上 専用様式 年齢 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 前年 月 日 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 前年 月 日					
	骨粗しょう症検診	4,000円	初回受診 前年 月 日 R 年 月 日					
	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			
	前年 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			
			前年 R4 年 〇 月					
婦人科合計					1 5 4 0 0			
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 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。
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
