

- ※ 各種健診項目ごとに、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。
- ※ 39歳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	健保 元気			健保 印
	〇 〇	× × × × × ×	受診者名	健保 結衣			男 女 配偶者
目受に診 し印した 検診種 類	※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歳未満 専用様式 28 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歳未満 被扶養 配偶者	人間ドック検診	40,000円					記入しないでください。↓
	PET検診(30歳以上) (人間ドックと同年度補助なし)	40,000円	初回受診	R 年 月 日			
	オプション 前立腺(腫瘍マーカーPSA)	6,000円	前回	年 月			
	オプション ピロリ菌	6,000円	前回	年 月			
	脳ドック検診(30歳以上) 2年に1回	40,000円	初回受診 前回	年 月 日			
	胃がん検診 (胃カメラ・バリウム等)	15,000円	初回受診 前回	年 月			
	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			
	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			
	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 した場合には限 り、20,000円	初回 受診	R 6 年 8 月 〇 日	5 5 0 0		
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	4 4 0 0		
婦人科合計					9 9 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						

「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。

婦人科検診は、1回にまとめて請求してください。

### (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 <b>健保必着</b> とする。 (任意継続被保険者の方以外は、 <b>事業所経由での提出</b> となりますので、ご注意ください。) <b>5月以降は、受付できません。</b>
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。 <b>市区町村の助成、保険診療は対象外。</b>
4	添付書類	<b>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。</b> 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。 <b>(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。)</b>
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
-------