※ **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、**人間ドック補助請求** をする場合、**特定健診質問票** と、**検査結果** の提出も必要です。

※ (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。

※ 健保記入欄

補助金計		万	千	百	十	円

（任意継続・被扶養配偶者用） 各種検診 利用費用補助金請求書

下記のとおり、請求します。　　提出日：R 8 年 ○ 月 ○ 日

健康保険被保険者証	記号	番号（右詰めで）	被保険者名	健保 太郎	健保㊞
	9 0	4 ○ ○ ○	受診者氏名	健保 花子	男 女 配偶者
※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ている場合、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 ※年齢注意 58 才

受診した検診種目に○印を付ける。

（注意）

40歳以上の方が、人間ドックを受診し、補助請求をする場合は、右記の同意が必要です。

人間ドック検査結果を、全農健保が健康管理事業の資料として活用することに同意します。

受診者名（自署） 健保 花子 健保㊞

※ 健康管理事業とは、受診者から提出された健診結果を、国より当健保へ義務付けられている「特定健康診査」のデータとして取り扱い、事後の保健指導や健康管理に役立てることが目的です。

※ 後日、当健保から返信用レターパック封筒を送付しますので、健診結果の写しを**1カ月以内**にご送付ください。（郵送料健保負担）

※ 同意いただけない場合は、**補助対象外**となります。

請求書を修正した場合、**訂正印**を押印してください。

対象者		各種検診種目	補助上限額	受診日	検診費用（税込） 万 千 百 十 円	※健保記入欄 補助金
任意継続 被扶養配偶者	○	**人間ドック検診**	40,000円	初回受診 R 8 年 ○ 月 ○ 日	4 5 0 0 0	
		PET検診（30歳以上）（人間ドックと同年度補助なし）	40,000円	前回 R7 年 ○ 月		
		オプション 前立腺（腫瘍マーカーPSA）	6,000円			
		オプション ピロリ菌	6,000円	**ピロリ菌検査は、一生に一度陰性が確認できれば毎年の受診は不要と言われています。**		
		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 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		**婦人科検診は、1回にまとめて請求してください。**		
	○	**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 R7 年 ○ 月 R 8 年 6 月 ○ 日	1 5 4 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 前回 R7 年 ○ 月 R 8 年 8 月 ○ 日	8 8 0 0	
				婦人科合計	2 4 2 0 0	

（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。（脳ドックは2年に1回）
2	請求締切り	年度の最終締切りは、翌年度の4月末とする。（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 （40歳以上・人間ドック請求）	**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。 **特定健診質問票の添付**と、後日**検査結果送付**も必須。
5	提出先	健保へ直接送付。
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15日に直接支給する。

請求書着日：
質問票着日：
健保受付印（検査結果着日）