

申請期限 翌年度4月10日まで(健保必着)

《被保険者及び被扶養者用》

R3.5改訂

人間ドック補助額請求書(契約外健診機関)

兼

がん検診補助額請求書(乳がん・子宮がん・前立腺がん)

健康保険組合使用欄	
※本書を決議書へ添付	
常務理事 ←	事務長 ← 係
ドック健診料	円
一部負担金	▲ 円
乳がん	円
子宮がん	円
前立腺がん	円
支給金額	円

添付書類

- 健診結果のコピー
- 以下の条件を満たす領収証(原本)
  - 受診者個人名宛て
  - ドック、がん検診等、補助対象の健診(検診)毎の料金が明記されている

【補助の対象となる人間ドック】

- 当組合が指定する基本検査項目を網羅する標準的なコースのドック。
- 指定以外の項目(腫瘍マーカー・脳ドック・胸部CT・PET等)が含まれるドックは補助対象外、またはその健診機関の標準的なコースのドック料金までの補助となります。
- 1泊2日ドック等の特別なドックは補助対象外です。

■私は貴組合が定める要件に同意し、下記のとおり請求します。 <社員(被保険者)が記入してください>

請求日	令和 年 月 日	保険証 記号 - 番号	※保険証の「氏名」上段を参照 -		
被保険者名	※自署の場合印鑑省略可 印		生年 月日	昭和 年 月 日	
住所	〒 -	電話	-	-	
事業所名		所属部署名	電話	-	-
受診者が被扶養者の場合に記入 受診者名		生年 月日	昭和 年 月 日	続柄	
受診日	令和 年 月 日	健診機関			
健診料金 (消費税込)	人間ドック	円	乳がん	円	
	前立腺がん	円	子宮がん	円	合計 円
※補助額上限	人間ドック:受診料の5割(上限27,000円) 前立腺がん:3,000円 乳がん:3,800円 子宮がん:1,500円				

【支払金融機関】社員(被保険者)名義の口座。金融機関名・支店名は最新の名称で正確にご記入下さい。

銀行名	銀行 信用金庫 その他( )				本・支店
預金種別	普通	・その他( )		フリガナ	
口座番号				口座名義	

※ お支払いまでに4カ月程度時間を頂戴することがありますので了承ください。またお支払い時期に関するお問い合わせは特段の事情以外はご遠慮ください。地域的な事情以外、契約健診機関での受診を考慮ください。