

補

補助金利用申請書①

健康保険の	記号	番号	被保険者氏名				
利用者氏名			性別	続柄	生 年 月 日		
			男・女	本人・家族	昭和 平成	年 月 日(歳)	
事業所	名称	※任意継続者は記入不要です					
	所在地	〒 電話 ()					
利用年月日		令和 年 月 日 (曜日)					
基本コース	ご利用の基本コースとオプション検査に○印をしてください。※重複して他コースは受診できません。			オプション検査	脳ドック	乳房	子宮細胞診
	人間ドック						
	家族健診						
	脳ドック						
	肺ドック						
	婦人科検診(乳房・子宮)						
健診機関名							
健診機関住所	〒 電話 ()						

◇申請前に必ずご確認ください◇

生活習慣病予防健診、人間ドック、家族健診、特定健診は同一年度内(4月1日～翌年3月31日)1回の受診です。

同一年度内に重複受診した場合は、2回目以降の健診費用全額が自己負担となります。

脳ドックは2年度に1回の補助となり、前年度に補助金利用していた場合は全額自己負担となります。

申請書に記入された内容は本件以外には使用しません。個人情報の取り扱いについては、ホームページ等に掲載しています。

上記のとおり申請いたします。

提出内容等について利用者本人より同意を得て提出しておりますことをご報告いたします。

年 月 日

健康管理推進委員氏名

(住所)

任意継続者 (氏名)

◎ 補助金利用及び利用申請について ◎

- オプション検査を受診した場合の補助金額は、基本コースと同額となります。
- 下記の検査項目を満たしていない場合は、原則、補助金は支給されません。
- 胃部、腹部超音波が未実施の場合は減額します。

健診種別	対象者			検査項目(健診機関により異なる場合があります)													組合負担 限度額	未実施検査項目 に対する減額	
	被 保 者	被 扶 養 者	年 齢	身 体 計 測	胸 部 X 線 検 査 ※1	尿 液 検 査	血 液 検 査	心 電 図 検 査	胃 部 X 線 検 査 ※1	便 潜 血 検 査	腹 部 超 音 波 検 査	眼 底 検 査	眼 圧 検 査	乳 房 検 査 ※1	子 宮 細 胞 診 検 査	M R I ・ M R A 検 査			胸 部 C T 検 査
① 人間ドック	●	●		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●					21,000円	胃部 5,000円 腹部 5,000円
② 家族健診		●	35歳以上	●	●	●	●	●										※2 9,700円	胃部 3,000円
③ 脳ドック	●	●													●			21,000円	—
④ 肺ドック	●	●														●		5,300円	—
⑤ 乳房	●	●												●				2,700円	—
⑤ 子宮細胞診	●	●												●				自己採取 1,700円 医師採取 3,300円	—

※1 検査項目の変更が可能です。

胸部：X線又はCT 胃部：X線又は内視鏡 乳房：超音波又はマンモグラフィー

※2 利用者負担金2,000円を控除し、組合負担限度額の範囲で支給します。

《ご利用方法及び申請方法》

- ① ご利用の健診機関に、希望の健診コース、オプション検査及び利用日時を予約してください。
- ② 予約ができましたら、利用予定日の3週間前までに「補助金利用申請書①」を健康管理推進委員を通して提出してください。

※任意継続の方は、直接提出してください。

- ③ 「補助金利用交付申請書②」、「補助金利用健診 今後の流れについて」、「補助金用 問診票(人間ドック・家族健診のみ)」を健康管理推進委員へ送付します。

※任意継続の方には、ご自宅へ送付します。

【注意事項】

- 生活習慣病予防健診、人間ドック、家族健診、巡回主婦健診、特定健診は、年度内(4月1日～翌年3月31日)いずれか1回の受診となります。
- 脳ドックは、MRI(脳断層像)およびMRA(脳血管撮影)の両方の検査を行った場合に限り、補助金の対象となります。
- 人間ドックと肺ドックを同日に受診する場合、胸部X線検査を受診したうえで、胸部CT検査を追加した方肺ドックの対象となります。
- 婦人科検診(乳房、子宮細胞診)は、年度内それぞれ1回の受診となります。
家族健診(婦人科あり)を受診した方は、後日受診した乳房・子宮細胞診の請求はできません。
- 特定保健指導の対象となった方には、「特定保健指導実施申込書」を健康管理推進委員へ送付しますので、必ず指導を受けてください。(費用は健保組合が負担します)
- 人間ドックと肺ドックを同時に受診する場合のみ、申請書を分けて提出してください。

[お問い合わせ先] 〒174-8526 東京都板橋区坂下1-33-12
電設工業健康保険組合 健康管理課
TEL 03-5970-6812