

[被扶養者]契約外医療機関健診補助金支給申請書

被保険者が記入するところ	健康保険被保険者等の記号・番号	記号		コーポレートID		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
		番号								
	被保険者氏名	フリガナ (自 署)								
	被保険者住所	〒								
連絡先	(電話)					(メール) ※会社以外のメールアドレスへ連絡希望の場合に記入				

申請内容	受診者氏名	フリガナ	被保険者との続柄		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	受診した医療機関名		受診者年齢	歳	受診年月日	令和	年	月	日

◎該当する健診に○をして健診受診金額に記入してください

健診コース・オプション		対象年齢 (実施年度末3月31日時点の年齢)	該当 に○	健診受診金額 ※領収書の額	自己負担額	健保補助 上限金額	健保記入欄 ※ここに記入しないでください
基本健診 (いずれか)	定期健康診断	35歳未満		円	1,500円	10,000円	
	生活習慣病健診	35歳以上		円	1,500円	23,000円	
	人間ドック1日	35歳以上		円	10,000円	45,000円	
	人間ドック2日	35歳以上		円	20,000円	53,000円	
子宮頸がん検査		すべて		円	なし	4,000円	
乳がん検査 (いずれか)	エコー(※)	すべて		円	1,000円	5,000円	
	マンモグラフィ(※)	40歳未満		円	3,000円		
		40歳以上		円	1,000円		
胃検査		30～34歳の定期健診受診者 ※35歳以上の胃検査は基本健診に含める		円	1,000円	13,000円	
骨粗しょう症検査		30歳以上		円	なし	2,000円	
肝炎ウイルス検査		30歳以上		円	なし	3,500円	
前立腺がん検査		50歳以上		円	なし	2,500円	
脳ドック		50歳以上の偶数年齢者に限る		円	10,000円	20,000円	
大腸内視鏡検査		50歳以上の人間ドック受診者 ※1日人間ドックで実施する場合は基本 検査と同一施設かつ別日(基本検査実 施日から2か月以内)の実施に限る		円	13,000円	20,000円	

◎40歳以上の方は下記の質問に回答してください (実施年度末3月31日時点の年齢)

1. 血圧を下げる薬を飲んでいる	□はい □いいえ
2. インスリン注射または血糖を下げる薬を飲んでいる	□はい □いいえ
3. コレステロールを下げる薬を飲んでいる	□はい □いいえ
4. 現在たばこを習慣的に吸っている (最近1か月間吸っている、且つ生涯で6か月間以上又は合計100本以上吸っている)	□はい □いいえ □以前は吸っていたが(生涯で6か月間以上又は合計100本以上)、最近1か月間は吸っていない

(※)エコーとマンモグラフィの両方を受診した場合、受診施設が設定している料金の高い方が健保補助対象となり、低い方が全額自己負担となります。

振込先情報 ※振込先口座については以下の通りです。 ①在籍者は会社の給与振込口座へ ②任意継続者は給付金振込先口座へ ③退職者は支給時に確認	健保記入欄 支給額	円	令和 年 月 日提出 受付日付印
--	--------------	---	---------------------

申請書に添付し提出いただく書類(必須)

1. 領収書(原本)※領収書の宛先は受診された方の氏名で発行をお願いします
2. 健診結果表全ページ(写)※検査項目表の全ての必須項目を受診していること

留意事項

- 健診受診金額欄には実際に支払った金額をご記入ください
(二次検査および保険診療は補助対象外です)
(健保からの支給額は受診金額から自己負担額を引いた額です。健保補助上限金額にご注意ください)
- 受診日に当健保の資格のない方は補助金の対象外です
- 事業所の集団健診を受診された方は集団健診が優先されます

申請書類提出先

〒105-0023 東京都港区芝浦1-1-1

シミックグループ健康保険組合 宛