

[被保険者]契約外医療機関健診補助金支給申請書

|                                                                |                             |                 |                                                                               |       |                                |                                                               |         |              |                         |   |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------|--------------|-------------------------|---|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>と<br>こ<br>ろ       | 健康保険被<br>保険者等の<br>記号・番号     | 記号<br>番号        | コーポレートID                                                                      | 生年月日  | 昭和<br>平成<br>令和                 | 年                                                             | 月       | 日            |                         |   |
|                                                                | 被保険者<br>氏名                  | フリガナ<br>( 自 署 ) |                                                                               |       |                                |                                                               |         |              |                         |   |
|                                                                | 被保険者<br>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<br>請<br>内<br>容                                               | 受診した<br>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<br>(実施年度末3月31日時点の年齢)                                                     |       | 該<br>当<br>に<br>○               | 健診受診金額<br>※領収書の額                                              | 自己負担額   | 健保補助<br>上限金額 | 健保記入欄<br>※ここに記入しないでください |   |
|                                                                | 基本健診<br>(いずれか)              | 定期健康診断          | 35歳未満                                                                         |       |                                | 円                                                             | なし      | 10,000円      |                         |   |
|                                                                |                             | 生活習慣病健診         | 35歳以上                                                                         |       |                                | 円                                                             | なし      | 23,000円      |                         |   |
|                                                                |                             | 人間ドック1日         | 35歳以上                                                                         |       |                                | 円                                                             | 5,500円  | 45,000円      |                         |   |
|                                                                |                             | 人間ドック2日         | 35歳以上                                                                         |       |                                | 円                                                             | 16,000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<br>(いずれか)             | エコー(※)          | 30歳未満                                                                         |       |                                | 円                                                             | 1,000円  | 5,000円       |                         |   |
|                                                                |                             |                 | 30歳以上                                                                         |       |                                | 円                                                             | なし      |              |                         |   |
|                                                                |                             | マンモグラフィ(※)      | 40歳未満                                                                         |       |                                | 円                                                             | 2,000円  |              |                         |   |
|                                                                |                             |                 | 40歳以上                                                                         |       |                                | 円                                                             | なし      |              |                         |   |
|                                                                | 胃検査                         |                 | 30～34歳の定期健診受診者<br>※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<br>※1日人間ドックで実施する場合は基本<br>検査と同一施設かつ別日(基本検査実<br>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<br>(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<br>□以前は吸っていたが(生涯で6か月間以上又は<br>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<br>込<br>先<br>情<br>報 | ※振込先口座については以下の通りです。<br>①在籍者は会社の給与振込口座へ<br>②任意継続者は給付金振込先口座へ<br>③退職者は支給時に確認 | 健<br>保<br>記<br>入<br>欄 | 支給額 | 円 | 令和 年 月 日提出<br>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