

【健保組合処理欄】

常務理事	事務長	担当者	決済日 令和 年 月 日	起案日 令和 年 月 日
本件 処理してよろしいか。				
補助金決定額			備考	
円				

人間ドック(健診)補助金請求書(他施設分)

資格情報のお知らせ等 記号・番号	—		(被保険者)勤務先 名称 ※1		
被保険者の 氏名	(フリガナ)			被保険者 生年月日	昭 ・ 平 (○で囲む)
					年 月 日
被保険者の 住所・ 電話番号	〒 — 電話番号 () - () - ()				
健診医療機関 名称・所在地	(名称)				
	(所在地) 〒 — 電話番号 () - () - ()				
受診者氏名	(フリガナ)		本人・家族	受診者 生年月日	昭 ・ 平 (○で囲む)
					年 月 日
検査項目	補助金請求する 検査項目に ○をつけてください	基本項目(特定健診)※2・超音波検査・胃がんリスク階層化検査・胃カメラ又は胃透視・大腸カメラ・乳がん検診・子宮がん検診・前立腺癌検査(PSA)・眼底検査・眼圧検査・肺機能検査・CT・MRI・PET-CT			
受診年月日	令和 年 月 日		健診費用	円	
振込先 指定口座	銀行	支店・本所	口座 名義人 ※3	(フリガナ)	
	金庫・農協	出張所			
	信用組合	普通・当座・()	口座番号		
事業主の 証明欄 ※4	上記検査項目について、当年度事業主が徳洲会健保組合へ補助金請求をしていないことを証明します。 令和 年 月 日				
	事業所所在地				
	事業所の名称				
	事業主氏名				
受取代理人の欄	本請求に基づく補助金の受領に関する権限を代理人に委任します。 (被保険者) 令和 年 月 日		代理人氏名		被保険者との 関係
	住所		(フリガナ)		
	氏名		代理人住所・電話番号		
			〒 — 電話番号 () - () - ()		

※1 任意継続の方は、「任意継続」と記入してください。徳洲会グループで勤務している場合は、勤務先名称もご記入ください。

※2 検査内容は、裏面「検査項目一覧表」参照

※3 被保険者以外の名前の場合、下部の「受取代理人の欄」に、代理人本人の記載が必要です。

※4 裏面「事業主の証明欄」について 参照

[添付書類] ①領収書の原本(受診者氏名のないレシート等は不可) ②健診結果の写し(全ページ) を添付してください

★注意事項等について裏面に記載しております。必ずご確認ください★

【「事業主の証明欄」について】

[請求者(受診者)さまへ]

被保険者(職員)が勤務している職場の総務課に提出し、証明してもらってください。

[事業主(総務課ご担当者)さまへ]

この欄は、事業主と受診者からの補助金請求が重複していないかを確認するためのものです。
 自施設又はグループ病院で受診した検査項目については、個人で補助金の請求はできません。
 表面「検査項目」欄のうち、当該年度において、事業主が補助金請求をしていない場合は、証明をお願いします。すでに補助金請求をしている検査項目については、二重線で抹消のうえ、証明をお願いします。
 証明後、こちらの請求書は被保険者(あるいは受診者)の方へご返却をお願いします。

【検査項目一覧表】

☆=35歳以上

検査項目	補助金額	対象年齢 (年度計算)	備考
基本項目 (特定健診)	7,000円	☆	検査:【診察/身体測定(身長・体重・腹囲・BMI)/血圧/尿検査/ 血液検査(脂質・肝機能・血糖)】をすべて実施 問診票:服薬や喫煙に関する回答
エコー検査	4,000円	☆	腹部/心臓/甲状腺/前立腺/頸動脈のいずれか
胃がんリスク 層別化検査	2,000円	40歳以上	年度に限らず一回限りの支給
胃検査	13,000円	☆	
大腸検査	18,000円	☆	便潜血検査は対象外
乳がん検査	2,500円	20歳以上	血液検査(腫瘍マーカー)は対象外
子宮がん検査	2,500円	20歳以上	血液検査(腫瘍マーカー)は対象外
前立腺がん検査	1,400円	50歳以上	PSA(腫瘍マーカー)のみ
眼底検査	1,000円	☆	
眼圧検査	500円	☆	
肺機能検査	1,000円	☆	
CT	5,000円	☆	頭部/胸部/腹部/低線量CT肺がん のいずれか
MRI	5,000円	☆	頭部のみ
PET-CT	10,000円	☆	

【注意事項】

- 徳洲会グループ外で人間ドック(健診)を行った場合に限り、補助の対象となります。
 ただし、徳洲会グループで受けても割引がなく、全額自己負担した場合は請求が可能です。
- 請求は、年度内(4月1日～翌年3月31日)に一回限りです。※胃がんリスク層別化検査を除く
- 補助金は、検査項目ごとに上限額があります。健診金額が上限額に満たない場合は、健診金額が支給額となります。
- 補助金額は、1人当たり年間30,000円を限度とします。
- 被保険者は、職員健診が実施されるため、基本項目(特定健診)は支給対象外です。