

被保険者の場合

【任意継続被保険者】

人間ドック等費用補助請求書

令和 ● 年 8 月 31 日

東日本電線工業健康保険組合 殿

記号・番号 400 - ●●●●

被保険者氏名 健崎 康志

受	人間ドック 利用者氏名	フリガナけんざき やすし 健崎 康志	男 ・ 女	生 年 月 日 昭 4 ● . 4 . 1 . (50才)	続 柄	本人
	健診機関名	●■総合病院健診センター				
	健診日	令和●年8月1日	種別	<input checked="" type="checkbox"/> 日帰りドック <input type="checkbox"/> 1泊2日ドック <input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> その他 ()		
	他の 検査補助 [被保険者のみ]	<input type="checkbox"/> B・C型肝炎検査(40歳以上5歳毎の被保険者) 2,230円 <input checked="" type="checkbox"/> 前立腺癌検査(50歳以上の男子被保険者) 2,060円 <input checked="" type="checkbox"/> 肺がん検査(40歳、45歳、50歳以上の被保険者) 2,260円 <input type="checkbox"/> 婦人科健診(子宮癌及び乳癌)(女子被保険者) 各2,000円			(注)被扶養者の方はその他の検査が補助対象外のためご請求いたしません。	
人間ドック費用が20,000円以上の場合は、 <u>20,000円</u> とオプション補助額を足した金額を記入してください。				<u>24,320円</u>		

オプション検査の請求が可能です。
(※人間ドックの費用に含まれる場合は請求不可)

人間ドック費用が20,000円以上の場合は、20,000円
とオプション補助額を足した金額を記入してください。

銀行名	▲▲▲銀行			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 本店・支店				
口座番号	普通・当座	1	2	3	4	5	6	7
口座名義	フリガナ けんざき やすし 健崎 康志							

(注意事項)

「オプション検査補助額の計算方法」

- ・B・C型肝炎検査
(例)4,500円=上限3,100円-負担金870円=補助額2,230円
(例)2,800円=実費2,800円-負担金870円=補助額1,930円
- ・前立腺がん検査 (PSA検査のみ請求が可能)
(例)3,300円=上限2,590円-負担金530円=補助額2,060円
(例)1,950円=実費1,950円-負担金530円=補助額1,420円
- ・肺がん検査 (喀痰検査のみ請求が可能 ※A/B加CT検査等は対象外)
(例)5,500円=上限3,260円-負担金1,000円=補助額2,260円
(例)3,100円=実費3,100円-負担金1,000円=補助額2,100円
- ・婦人科健診 (子宮がん検査、乳がん検査それぞれ請求が可能)
(例)乳がん検査5,500円=補助上限額2,000円を支給
(例)子宮がん検査1,900円=実費1,900円を支給

※マテガライ、乳IJ-、子宮IJ-、子宮頸部・体部細胞診など検査方法は不問
※但し、市区町村等で助成を受けている場合は、補助申請できません

確認ください。
ます。
費から一部負担
から一部負担金
一部負担金1,0
に限ります。
の金額の合計を
場合は、支払った
所を通してご請

被扶養者の場合

【任意継続被保険者】

人間ドック等費用補助請求書

令和 ● 年 8 月 31 日

東日本電線工業健康保険組合 殿

記号・番号 400 - ●●●●

被保険者氏名 健埼 康志

受 診 者	人間ドック 利用者氏名	フリガナけんざき くみこ 健埼 組子	男 ・ 女	生 年 月 日 昭4●.3.31. (50才)	続 柄	家族
	健診機関名	●■総合病院健診センター				
	受診日	令和●年8月1日	種別	<input type="checkbox"/> 日帰りドック <input type="checkbox"/> 1泊2日ドック <input checked="" type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> その他 ()		
	請求金額	19,000円				

※補助対象外のため、オプション検査の請求はできません。

の他の検査補助
〔被保険者のみ〕

- B・C型肝炎検査(40歳以上5歳毎の被保険者) 2,230円
 - 前立腺癌検査(50歳以上の男子被保険者) 2,060円
 - 肺がん検査(40歳、45歳、50歳以上の被保険者) 2,260円
 - 婦人科健診(子宮癌及び乳癌)(女子被保険者) 各2,000円
- (注)被扶養者の方はその他の検査が補助対象外のためご請求いただけません。

(振込口座) 補助限度額の20,000円を超えない場合は実費を記入してください	▲▲▲銀行	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 本店・支店						
口座番号	普通・当座	1	2	3	4	5	6	7
口座名義	フリガナ けんざき やすし 健埼 康志							

(注意事項)

- 健診機関発行の領収書の写しを添付してください。
- 人間ドック健診結果報告書の写しを添付してください。
- その他の検査については、補助の対象年齢に到達していることをご確認ください。
ただし、当該検査をオプション項目として受けた場合に費用補助いたしません。
(*B・C型肝炎検査;費用限度額3,100円に満たない場合は、実費から一部負担金870円引いた額をご記入ください。)
(*前立腺癌検査;費用限度額2,590円に満たない場合は、実費から一部負担金530円引いた額をご記入ください。)
(*肺がん検査;費用限度額3,260円に満たない場合は実費から一部負担金1,000円引いた額をご記入ください。なお、検査方法は喀たん採取法に限ります。)
- 請求金額欄には、ドック費用補助20,000円にその他の検査補助の金額の合計を記入してください。なお、実際に支払った費用が補助額に満たない場合は、支払った額を記入してください。
- この請求書は任意継続被保険者用です。その他の被保険者の方は事業所を通してご請求ください。