

被保険者の場合

人間ドック等費用補助請求書

令和 ● 年 ● 月 ● 日

東日本電線工業健康保険組合 殿

請 求 者	被 保 険 者	記 号	6 6	被 保 険 者 氏 名	ふりがな けんざき やすし
	番 号	2 0 3	健 埼 康 志		
	被 保 険 者 の 現 住 所	〒 1 2 3 - 4 5 6 7 〇〇県□□市△△町 8 - 9 0			電 話 080 (1212) 3434
	事 業 所 名	日 本 電 線 株 式 会 社			

受	人 間 ド ック 利 用 者 氏 名	ふりがな けんざき やすし	男 ・ 女	生 年 月 日	続 柄	本 人
		健 埼 康 志		昭 4 ● . 4 . 1 . (50才)		
	健 診 機 関 名	● ■ 総合病院健診センター				
	受 診 日	令和 ● 年 1 2 月 2 5 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 ()		
	そ の 他 の 検 査 補 助	<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 type="checkbox"/> 婦人科健診(子宮がん及び乳がん)(女子被保険者)		各 2,000円		
		<input checked="" type="checkbox"/> 前立腺がん検査(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		
	請 求 金 額					2 4 , 3 2 0 円

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、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。

◎送金は事業所宛にいたしますので、必ず委任欄を記入してください。

「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 ※追加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

※マリア、乳I-、子宮I-、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。

委任します。

健 埼 康 志

方及び人間ドックの受診にあ
対象にはなりません。

とをご確認ください。当該検
査。 (当該検査が人間ドックの

他の検査補助の金額の合計を
満たない場合は、支払った額

被扶養者の場合

人間ドック等費用補助請求書

令和 ● 年 ● 月 ● 日

東日本電線工業健康保険組合 殿

請 求 者	被 保 険 者	記 号	6 6	被 保 険 者 氏 名	ふりがな けんざき やすし
	番 号	2 0 3	健 埼 康 志		
	被 保 険 者 の 現 住 所	〒 1 2 3 - 4 5 6 7 〇〇県□□市△△町 8 - 9 0			電 話 080 (1212) 3434
	事 業 所 名	日 本 電 線 株 式 会 社			

受 診 者	人 間 ド ック 利 用 者 氏 名	ふりがな けんざき くみこ	男 ・ 女	生 年 月 日	続 柄	家 族
		健 埼 組 子		昭 4 ● . 3 . 3 1 . (50才)		
	健 診 機 関 名	● ■ 総合病院健診センター				
	受 診 日	令和 ● 年 1 2 月 2 4 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 ()		
	受 診 の 他 の 検 査 補 助	<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 type="checkbox"/> 婦人科健診(子宮がん及び乳がん)(女子被保険者) 各 2,000円 <input type="checkbox"/> 前立腺がん検査(50歳以上の男子被保険者) 2,060円 <input type="checkbox"/> 肺がん検査(40歳、45歳、50歳以上の被保険者) 2,260円				
	請 求 金 額	19,000円				
		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。				

※補助対象外のため、オプション検査の請求はできません。

◎送金は事業所宛にいたしますので、必ず委任欄を記入してください。

受 領 委 任 欄	本請求に基づく補助金に関する受領を代理人に委任します。			
	代 理 人 氏 名	線 山 工 司	被 保 険 者 (請 求 者) 氏 名	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。
- 同一年度内に生活習慣病予防健診等の補助を受けている方及び人間ドックの受診にあたって、市町村等から費用補助を受けている方は、補助の対象にはなりません。
- その他の検査については、補助の対象者になっていることをご確認ください。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す。(当該検査が人間ドックの項目となっている場合は、補助の対象にはなりません。)
- 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。