

# 検診費用補助申請書

保険証記号 - 番号	-	職場名
受診者氏名		TEL( )内線
(生年月日・年齢)	(西暦 年 月 日 : 歳)	被保険者との続柄 本人 ・ 家族
健診機関(病院)名		

人間ドック	検診費用 円	検診日 (西暦) 年 月 日
-------	-----------	-------------------

【検査項目選択】  
日帰り      宿泊

オプション検査 (がん検診)	検診費用 円	検診日 (西暦) 年 月 日
-------------------	-----------	-------------------

【検査項目選択】  
胃部X線→胃カメラへの変更差額    心臓エコー    大腸カメラ    胸部CT    PSA    脳(MRI/MRA)    頸動脈エコー

がん検診	検診費用 円	検診日 (西暦) 年 月 日
------	-----------	-------------------

【検査項目選択】  
胃部(胃部X線または胃カメラ)    ABC健診    腹部エコー    心臓エコー  
大腸カメラ    胸部CT    PSA    脳(MRI/MRA)    頸動脈エコー

女性がん検査	検診費用 円	検診日 (西暦) 年 月 日
--------	-----------	-------------------

【検査項目選択】  
マンモグラフィ    乳腺エコー    子宮頸部細胞診    子宮経腔エコー

【服薬・喫煙について】※特定健康診査を兼ねますので、人間ドックを受診される場合は必ずご記入ください。

①血圧を下げる薬を服用している。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
②血糖を下げる薬の服用又は注射をしている。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
③コレステロールを下げる薬を服用している。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
④現在、喫煙をしている。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

上記のとおり申請いたします。 (西暦) 年 月 日  
 三井E&S健康保険組合 殿 (自署の場合は、押印不要)

被保険者 氏名 印

---

補助金の受領を事業主に委任いたします。 (西暦) 年 月 日  
 (任意継続者の方は事業主委任欄への記載不要) (自署の場合は、押印不要)

三井E&S健康保険組合 殿 被保険者 氏名 印

【健保記入欄】	補助金決定額 (¥ )	常務理事	主任	担当
	<内訳>			
人間ドック (¥ )	がん検診 (¥ )			
オプション検査 (¥ )	女性がん検査 (¥ )			

## ＜検診費用補助申請書利用について＞

必要事項を記入のうえ、領収書の原本(レシート不可)と健診結果の写しを併せて健保までご提出ください。  
(検診結果については、健保の健康管理事業に資することをご了承ください)

### 『人間ドック』

補助対象: 当年度(4月～3月)35歳以上の被保険者と被扶養者(年1回補助)

補助金額: 上限35,000円

### 『オプション検査(がん検診)』

補助対象: 当年度(4月～3月)35歳以上の被保険者と被扶養者(年1回補助)

補助金額: 上限24,000円

検査項目	
超音波	心臓エコー
大腸がん検査	大腸カメラ
胸部検査	胸部CT
前立腺がん検査	PSA
脳検査	脳(MRI/MRA)
	頸動脈エコー

### 『がん検診』

補助対象: 当年度(4月～3月)35歳以上の被保険者と被扶養者(年1回補助)

補助金額: 上限24,000円

(人間ドック時のオプション検査と同じ項目では申請できません)

検査項目	
胃部検査	胃部X線
	胃カメラ
	ABC健診
超音波	腹部エコー
	心臓エコー
大腸がん検査	大腸カメラ
胸部検査	胸部CT
前立腺がん検査	PSA
脳検査	脳(MRI/MRA)
	頸動脈エコー

どれか1つを選択

### 『女性がん検査』

補助対象: 女性被保険者(全員)と被扶養配偶者、40歳以上女性被扶養者(年1回補助)

補助金額: 全額健保負担

検査項目	
婦人科検査	マンモグラフィー
	乳腺エコー
	子宮頸部細胞診
	子宮経膣エコー