

人間ドック利用補助金申請書  
(39歳未満の受診者 申請用)

※太枠のみご記入ください

被保険者の所属		任意継続		TEL( )	
受診者氏名		該当にチェック <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 平成 (4月1日現在) 生/満 才
保険証・記号番号		記号	番号(社員番号)	受診日	
医療機関		名称: 所在地:			
<b>※必ず内訳をご記入ください</b>					
健診費用 (税込) ※1	基本健診	円	PSA(45歳以上男性対象)	円	
	胃カメラへの変更 料金		骨密度検診(35,45,55歳対象)	円	
	子宮癌	円	その他オプション検診(受診者負担)	円	
	乳癌	円	合計	円	
振込先銀行			口座 NO.	口座名義(カナ)	
銀行	支店		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		
上記の通り人間ドックを受診しましたので、補助申請します。 被保険者氏名 _____					

- 注 ① 健診の種類は日帰りドックに限ります。基本健診(健康管理室の定めた項目)及び婦人科検診を受診出来ず(基本健診項目をご確認ください)。  
② **上記以外の追加オプション検診は受診者負担です。**  
③ 医療機関の「領収書」原本(受診者名及び基本健診・オプション料金明細の記載されたもの)を添付し、伊藤忠健康保険組合へ直接ご申請ください。(毎月10日締、20日払)  
送付先: 〒530-0001 大阪府大阪市北区梅田3-1-3 伊藤忠健康保険組合 (社内便:ITCKH)

## ⑤ 受診者負担金(年齢は4月1日現在)

対象者			受診者負担	
被保険者	31歳、33歳及び 満35歳以上	全員	6万円を超える額	
被扶養者	配偶者	全員	6万円を超える額	
	その他	奇数年齢	6万円を超える額	

健保組合が 記入・処理	(総額)	(受診者負担額)	(健保補助額)
	円-	円 =	円

※ 本申請書にご記入いただいた情報は、健保組合における被保険者、被扶養者の健康管理と疾病予防、また補助金の精算にのみ利用いたします。

## 人間ドック利用補助金申請書 (39歳未満の受診者 申請用)

※太枠のみご記入ください

被保険者の所属		〇〇部〇〇課		TEL( 03-****-**** )	
受診者氏名	伊藤 花子	該当にチェック <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 (4月1日現在)	* 年 12 月 1 日 生/満 36 才
保険証・記号番号		記号 ***	番号(社員番号) *****	受診日	**年**月**日
医療機関		名称: 〇〇病院 所在地: △△市△△町*-*-*			
※必ず内訳をご記入ください					今回の場合、オプションを除いた56,160円が支給金額となります。
健診費用 (税込) ※1	基本健診	43,200	円	PSA(45歳以上男性対象)	
	胃カメラへの変更料金	3,240		骨密度検診(35,45,55歳対象)	
	子宮癌	4,320	円	その他オプション検診(受診者負担)	5,400 円
	乳癌	5,400	円	合計	61,560 円
振込先銀行			口座 NO.	口座名義(カナ)	
〇〇	銀行	△△	支店	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	***** イトウ ハナコ
上記の通り人間ドックを受診しましたので、補助申請します。					
				被保険者氏名	伊藤 花子

### ◆記入時の注意

#### ※1<健診費用>欄

以下の補助対象項目を項目ごとにご記入ください。

- ・日帰り人間ドック(基本健診項目)
  - ・胃カメラへの変更料金(差額がある場合、鎮静剤の料金はオプションとなります)
  - ・PSA(4/1時点45歳以上男性のみ)
  - ・子宮がん検診(女性のみ:内診・子宮頸部細胞診、体部・エコーは対象外)
  - ・乳がん検診(女性のみ:エコーorマンモグラフィ及び触診※両方受けた場合料金の高い方+触診の料金をご記入ください)
  - ・骨密度検診(希望者:4/1時点35・45・55歳のみ、上限3,240円 ※60,000円を超えて支給可)
- 上記以外の項目は全て「その他オプション検診」欄に記載してください。受診者負担となります。

- 注意)①基本健診項目以外が多数含まれているコースの場合、受診医療機関の基本コースの料金を適用します。  
 ②補助金の申請は年度内(4月~翌年3月)に1回のみ、請求期限は受診日より2年です。

#### ※申請時の添付書類

- ・領収書原本(受診者宛て、上記項目の内訳が記載されたもの)

有	その他	満35歳以上	奇数年齢	6万円を超える額
---	-----	--------	------	----------

健保組合が 記入・処理	(総額)	(受診者負担額)	(健保補助額)
	円-	円 =	円

※ 本申請書にご記入いただいた情報は、健保組合における被保険者、被扶養者の健康管理と疾病予防、また補助金の精算にのみ利用いたします。