

オプション検査補助金申請書 (年度内1回のみ申請可能)

保険証記号一番号	—	申請年月日	年 月 日
被保険者(社員)氏名		受診者氏名	(本人・家族) ※いずれかにマル
任意継続者の場合は振込希望の銀行口座	銀行 支店 (普通・当座)	社員番号	※社員(扶養家族を含む)は翌月給与の「本社控除欄」にて支給

受診した健康診断について○をつけてください。 ※パート先での健診の場合、結果表の写しを添付してください。	社員	会社の定期健康診断・人間ドック
	配偶者 任意継続者	特定健診・人間ドック・パート先での健診
受診日	年 月 日	医療機関名

受診されたオプション検査内容について、ご記入ください。 ※アンケートにご協力ください。

検査内容	受診日	金額	オプション検査を受診した医療機関名等	
記入例1)	ピロリ菌検査	5/10	4320円	ナイスクリニック
記入例2)	乳がんマンモグラフィ	5/10	5400円	想創病院
①	※上記検査の結果は(異常なし・要精密検査・要受診・その他())			
②	※上記検査の結果は(異常なし・要精密検査・要受診・その他())			
③	※上記検査の結果は(異常なし・要精密検査・要受診・その他())			
④	※上記検査の結果は(異常なし・要精密検査・要受診・その他())			
⑤	※上記検査の結果は(異常なし・要精密検査・要受診・その他())			

●制度概要

当健保に加入する被保険者(社員)および扶養配偶者が人間ドック、健康診断を受診した場合同一年度に受診した疾病予防のための検査(各種がん検診や脳ドック・肺ドック等)について受診者1名に対し、検査実費のうち上限15,000円までを補助します。

オプション検査の合計金額

円

●注意事項

オプション検査の内容は各健診機関のHPにてご確認のうえ、直接お申込みください。複数の健診機関で受診されても構いません。市区町村の補助を利用した場合も自己負担額については申請できません。

簡易的な人間ドックや健康診断パックはオプション検査としては申請できません。

受診した検査項目分の領収書の原本(写し不可)を裏面に糊付けしてください。

領収書には、受診された方の氏名及び検査項目を記載してもらってください。

健康保険証を使用して受診した場合、補助金は支給されません。

申請は年度内1回限りです。申請書は月末締め翌月給与支払いです。(給与口座にお振込みします。)

申請書の提出期限は、N年4月1日～N+1年3月31日に受診したものについてN+1年4月30日到着分までとします。

※健保組合使用欄

給付額

円

提出先 〒230-8571 横浜市鶴見区鶴見中央4-33-1 ナイスビル7階
ナイスグループ健康保険組合