

## 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－番号	－	申請年月日	令和 年 月 日
被保険者(社員)氏名		受診者氏名	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 ※いずれかにチェック
被保険者の社員番号 ※任意継続者の場合は不要	※社員(扶養家族を含む)は翌月給与「本社控除欄」にて支給	任意継続者の場合は 振込希望の銀行口座	銀行 支店 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 普通 口座番号( )

受診した健康診断について、チェックをつけてください。 (※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	<input type="checkbox"/> 会社の定期健康診断 <input type="checkbox"/> 人間ドック
	配偶者／任意継続者	<input type="checkbox"/> 特定健診 <input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> パート先での健診
受診日	令和 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。

検査名	検査内容	結果 ※部位ごとに、異常なし/要検査・ 受診/その他(経過観察等)を記入	受診日	金額(税込)	オプション検査を受診した 医療機関名等
記入例1) 市がん検診(胃)	<input checked="" type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 子宮がん <input type="checkbox"/> その他( )	胃:要受診	5/10	¥3,140	ナイスクリニック
記入例2) 婦人科セット	<input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input checked="" type="checkbox"/> 乳がん <input checked="" type="checkbox"/> 子宮がん <input checked="" type="checkbox"/> その他( 骨密度 )	乳 : 要精密検査 子宮 : 来年の受診時まで経過観察 骨密度: 異常なし	5/10	¥5,400	想創病院
	<input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 子宮がん <input type="checkbox"/> その他( )				
	<input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 子宮がん <input type="checkbox"/> その他( )				
	<input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 子宮がん <input type="checkbox"/> その他( )				
	<input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 子宮がん <input type="checkbox"/> 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

- ・オプション検査は、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す。
- ・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。

※健保組合使用欄

給付額	円
-----	---

### ・自費(10割)負担した検査のみが対象です。

※保険適用で受診(健康保険証やマイナ保険証を使用して受診、3割負担の金額で支払い)した場合は、補助金支給の対象外となります。

・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。

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