

| | | |
|------|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
| | | |

任意継続被保険者(本人)用

| | |
|----------|---|
| 補助金支給決定額 | 円 |
|----------|---|

契約外の健診機関で受診

任継者用 (契約外) 人間ドック・がん検診 補助金請求書

※ 補助金請求書提出 年度1回(まとめてご提出ください)

- ◆人間ドック、生活習慣病健診、単独がん検診、3点セット検診、けんぽ共同健診、いずれか1つの健診を年度1回補助します。(※けんぽ共同健診のオプションでがん検診を受診した場合は、補助対象外です)
- ◆人間ドック・生活習慣病健診は、胃がん検査(バリウムまたは胃カメラ)、大腸がん検査、腹部超音波検査を必ず受診してください。未実施項目がある場合、単独がん検診扱いとなります。

キューピー・アヲハタ健康保険組合 理事長殿

個人情報の利用目的の主旨に同意し、補助金の請求を致します。

記入日: 年 月 日 (※以下、太枠内をすべて記入)

| 保険証 | 記号 | 50 | 請求者 氏名 | 生年月日 (和暦) | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 (歳) |
|------------------|------------------------------------|-----------|---|--------------|--|
| | 番号 | | | | |
| 健診機関名 [病院名] | | | | | |
| No. | 健診名 | 健診にかかった費用 | 補助金等 | 受診日(和暦) | |
| 1 | 人間ドック・ 生活習慣病健診 | 円 ※税込 | 対象: 35 歳以上 上限 20,000 円の実費 | 令和 年 月 日 | |
| 2 | 大腸がん検査 (便潜血検査) | 円 ※税込 | 対象: 35 歳以上 上限 2,000 円の実費 | 令和 年 月 日 | |
| 3 | 胃がん検査 (バリウムまたは胃カメラ) | 円 ※税込 | 対象: 35 歳以上 上限 13,000 円の実費 | 令和 年 月 日 | |
| 4 | 腹部超音波検査 | 円 ※税込 | 対象: 35 歳以上 上限 5,000 円の実費 | 令和 年 月 日 | |
| 5 | 婦人科検診 (マンモグラフィ、乳腺エ コー、頸部細胞診) | 円 ※税込 | 対象: 20~34 歳 上限 4,000 円の実費 対象: 35 歳以上 上限 8,000 円の実費 | 令和 年 月 日 | |
| 6 | 脳ドック・ 頸動脈エコー | 円 ※税込 | 対象: 50 歳以上 脳ドックと頸動脈エコーを 併せて、上限20,000円の実費 | 令和 年 月 日 | |
| 7 | PSA検査 | 円 ※税込 | 対象: 50 歳以上 上限3,000円の実費 | 令和 年 月 日 | |

提出する書類4点 と 注意事項

- 請求書: この用紙に必要事項を記入
 - 領収書: 受診者の氏名、各健診の料金明細(検査名と料金)が記載されていること(原本のみ)
 - 結果表: 補助金請求を行う健診の結果表(コピー可)
 - 質問票: 人間ドック・生活習慣病健診を受診した方のみ、健保組合ホームページよりダウンロードして記入
- ※補助金の振込先は、「任意継続資格取得申請書」に記入いただいた指定口座になります

個人情報保護法における利用目的のお知らせ
提出された書類の個人情報は、以下に利用します。
◆受診資格・受診内容の確認、補助金支払い業務
◆結果表・質問票を匿名でデータ化し、国の特定健診・特定保健指導の報告、健康分析

[健保組合 使用欄]

| | | | | | | | | |
|--------------|---|---|--------------|---|---|-------|---|---|
| ○人間ドック・生活習慣病 | ¥ | ⇒ | ○婦人科検診(乳・子宮) | ¥ | ⇒ | ○単独がん | ¥ | ⇒ |
| ○3点セット検診 | ¥ | ⇒ | ○脳ドック・頸動脈エコー | ¥ | ⇒ | ○単独がん | ¥ | ⇒ |
| ○PSA | ¥ | ⇒ | | | | | | |