

提出先:被保険者→ニチレイ健康保険組合

健保記入欄	支給額(補助金額)
	円
40歳以上( 歳 ・ 40歳 ・ 50歳 ) ・ 40歳未満	

常務理事	事務長	係	受付印

人間ドック  
単独がん検診  
※どちらかに○をつけて下さい

### 補助金申請書

※補助の対象となる項目についてはイーウェル健診と同一です。

申請日 平成 年 月 日

被保険者証	記号		被保険者(申請者)氏名		(印)
	番号				
会社名			所属部署名	連絡先(TEL)	
受診者氏名	男 ・ 女			続柄	本人 ・ 被扶養配偶者
生年月日	昭和・平成	年	月	日	( 歳 )
受診医療機関名					
受診日	平成	年	月	日	支払金額(領収書の金額) 円

※別紙にも注意事項がありますので、必ずお読み下さい。

添付書類	①領収書(本書) ②健診結果(コピー)
<p>《ここに領収書を貼ってください。サイズの大きい領収書は貼らなくても結構です。また、健診結果は貼らないでください。》</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>対象期間 平成29年4月17日(月)～平成30年1月31日(水)受診分</li> <li>受診可能対象者 平成29年4月1日現在、健康保険組合の被保険者又は被扶養配偶者であること。(ただし、平成29年4月1日以降の新規加入者、平成29年4月1日以降に認定された被扶養配偶者は今年度は補助の対象にはなりません。)</li> <li>対象年齢 人間ドック : 35歳以上 単独がん検診(被保険者のみ対象) : 年齢制限無し</li> <li>平成30年2月20日(火)までに申請書が健康保険組合に到着した分が補助の対象となります。期日をすぎた場合は、補助を受けることができません。</li> </ul> <p><b>領収書について</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>宛名は受診者名でお願いいたします。</li> <li>人間ドック:人間ドックの代金であることを明記頂いて下さい。 オプション検査を受診された場合は、健診機関にておいてオプション項目・金額を明記頂いて下さい。</li> <li>単独がん検診:健診機関にて、がん検診の項目・金額を明記頂いて下さい。</li> </ul> <p><b>【注意事項】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆健保組合からの補助上限額 40歳以上 : 25,000円 40歳未満 : 20,000円 【人間ドックを受診する被保険者限定】 今年度中に節目年齢(40歳・50歳)に到達される方 : 40,000円 ・40歳到達:昭和52年4月1日～昭和53年3月31日生まれ ・50歳到達:昭和42年4月1日～昭和43年3月31日生まれ ※上限額未達の場合は健診費用の実費となります。 ※年齢は、年度末の3月31日が基準となります。平成29年度の場合は平成30年3月31日時点の年齢です。</li> <li>◆人間ドックの補助は、人間ドック補助金支給規程に基づき、基本健診項目を受診して頂く事が前提条件となります。</li> <li>◆提出後、2ヶ月程度で給与とともに補助金額を振り込みます。</li> <li>◆複数健診機関での受診は可。ただし費用申請は1回にまとめてお願いします。</li> <li>◆添付書類は①②の両方を提出してください。</li> </ul>	

イーウェル契約以外の健診機関で受診される方へ

昨年度より人間ドックは原則イーウェルのみの受診となりました。(幹部人間ドックを除く)。健診項目の統一や健診データ提出の徹底、精算時の誤り防止等の目的により一元化する事いたしました。被扶養配偶者の一般健診についても、同じ理由により、平成29年度より原則イーウェルのみの受診となります。

個別事情によりイーウェル契約以外の健診機関で人間ドック・一般健診を受診されたい方は事前に健康保険組合までご連絡をお願いいたします。

なお、被保険者の単独がん検診はイーウェル契約以外の健診機関でも受診可能です。

◆人間ドックについて

個別事情によりイーウェル契約健診機関以外人間ドックを受診される場合は、人間ドック補助金支給規程に基づき、基本健診項目◎を受診して頂く事が前提条件となります。人間ドックのオプションとして補助の対象となる検査はイーウェルのオプション検査と同一になります。対象となっていない検査を受診された場合は、その検査については全額自己負担となりますのでご注意ください。

＜対象となるオプション検査＞

- ・子宮頸部細胞診検査 ※女性のみ
- ・マンモグラフィ ※女性のみ
- ・乳房エコー検査 ※女性のみ
- ・胃部X線検査
- ・大腸内視鏡検査
- ・腹部エコー検査
- ・前立腺がん検査(PSA)※男性のみ

◆単独がん検診について

償還払いでの単独がん検診補助対象もイーウェルの単独がん検診の項目と同一になります。なお、イーウェルの単独がん検診の対象となっていない検査を受診された場合は、その検査については全額自己負担となります。

＜対象となる単独がん検診＞

- ・子宮頸部細胞診検査 ※女性のみ
- ・マンモグラフィ ※女性のみ
- ・乳房エコー検査 ※女性のみ
- ・胃部X線検査
- ・胃部内視鏡検査
- ・大腸内視鏡検査

注意:腹部エコー検査、前立腺がん検査(PSA)※男性のみは、単独がん検診の補助の対象ではありません。人間ドックのオプション検査として受診して下さい。

◆その他

- ・健診結果が届いてから申請して下さい。領収書だけでは申請をすることができません。
- ・イーウェル健診を受診された方は申請できません。  
(イーウェル健診時に窓口でお支払い頂く金額はすでに健康保険組合の補助額が控除されたものです。)
- ・健康保険証を使用して受けた検査等は申請の対象外となります。