

契約外医療機関

健保記入欄	基本健診費用	円
	オプション健診費用	円
	計	円

記入例

(表面)

健康保険 被保険者 健康診断費用補助金支給申請書
被扶養者

※契約医療機関以外で受診した場合は、組合が定めた検査項目を満たすものに限る、その費用の限度額まで補助されます。	提出日	令和 5 年 6 月 20 日	※太枠内に必要事項をご記入ください。									
	健康保険被保険者証	記号	90	社員番号	00000	被保険者氏名	健保 太郎					
		番号	9999									
	被保険者住所	〒	000-9999	所属事業所及び部署名	アルプス技研 アルプスビジネスサービス アルプスアグリキャリア デジタル・スパイス のいずれか							
		●●県●●市●●●1-1-1	電話		000 (999) 0000							
	受診者氏名	フリガナ ケンポ タロウ	性別	男	続柄	本人	生年月日	昭和	平成	40	1	1
	受診日	令和 5 年 6 月 1 日	受診医療機関名	●×△クリニック								
	受診した健診項目を選び○を付けてください。(受診資格及び費用負担は裏面でご確認ください。)											
	基本健診項目	<input type="checkbox"/>	定期健康診断 (一般健診)	【法定健診項目である下記健診項目は必ずご受診ください】 1 既往歴及び業務歴の調査 2 自覚症状及び他覚症状の有無の検査 3 身長(※)、体重、腹囲(※)、視力及び聴力の検査 4 胸部エックス線検査(※) 及び喀痰検査(※) 5 血圧の測定 6 貧血検査 (血色素量及び赤血球数) (※) 7 肝機能検査 (GOT、GPT、γ-GTP) (※) 8 血中脂質検査 (LDLコレステロール、HDLコレステロール、血清トリグリセライド) (※) 9 血糖検査(※) 10 尿検査 (尿中の糖及び蛋白の有無の検査) 11 心電図検査(※)								
		<input checked="" type="checkbox"/>	生活習慣病健診									
<input type="checkbox"/>		人間ドック										
<input type="checkbox"/>		人間ドック + PSA	※定期健康診断 (安衛則第44条) における健康診断の項目の省略基準 定期健康診断については、以下の健康診断項目については、それぞれの基準に基づき、医師が必要でないと認めるときは省略することができます。なお、「医師が必要でないと認める」とは、自覚症状及び他覚症状、既往歴等を勘案し、医師が総合的に判断することをいいます。									
オプション	<input type="checkbox"/>	乳がん検査 / 触診、乳がん検査 (超音波検査、マンモグラフィ)										
	<input type="checkbox"/>	子宮がん検査 / 子宮頸部細胞診										
	<input type="checkbox"/>	肺がん検査 / 胸部CT										
	<input checked="" type="checkbox"/>	脳ドック / MRI、MRA										
上記健康診断に要した費用		XX,ZZZ 円 (領収書の金額をご記入ください。)										

※裏面の注意事項を必ずご確認ください。

健保からの補助金は、
会社へ届出されている給与口座に振込みさせていただきます。
任意継続の方は、任継申し込み時に届出された口座への振込みとなります。

受付印

◀ 補助金申請に必要なもの ▶

- *健診費用補助金支給申請書
- *受診医療機関が発行した領収書 (原本)
- *健診結果の写し (全ページ)

【送付先/問い合わせ先】

151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷5-21-14 バリュエーHRビル3階
アルプス技研グループ健康保険組合
電話: 03-5990-2177
メール: info@alpsgiken-kenpo.jp