

人間ドック(総合健診)補助金申請書

			申請日	年 月 日		
事業所名			所属名			
実施責任者名						
健診医療機関名						
健診年月日	年 月 日					
健診人数・健診料金	人間ドック	名	円	健診費用合計	円	

※振込先は、事業所名義または実施責任者(当組合被保険者)名義の預金口座をご記入ください。

振込先金融機関	銀行・信用金庫 (ゆうちょ銀行不可)	銀行名		銀行コード		支店名		支店コード	
		銀行 信用金庫				支店			
		口座種別	口座番号(右詰でご記入ください)			口座名義			
		普通					(フリガナ)		

※事業所の担当者は、健診医療機関と協議の上、健診日程、検査内容を打合せて実施してください。

【補助の対象】

- 35歳以上の被保険者で人間ドック費用を自己負担された方に対して補助します。(年齢は年度末現在)
(当年4月2日以降の新規取得被保険者は、補助金支給の対象外です。)
- 受診期間は、当年4月1日～翌年3月31日(請求書最終締切日：翌年4月20日健保組合必着)
補助は年1回。同一年度中に当組合が補助を行う他の健診との重複補助はできません。

【請求方法】

- 受診検査料は事業所で立て替えて、一旦健診医療機関に全額お支払いください。
- この請求書に「受診者一覧表」(健保記号・番号・被保険者名・年齢・追加オプション・実費額)と領収書(健保組合補助分は原本)〈レシート不可〉と個人結果表(写)を添えて請求してください。(領収書返却不可)

【補助金の限度額と送金方法】

- 人間ドックの補助金額として被保険者に50,000円(健保補助金30,000円、会社負担額20,000円)を限度に補助します。
ただし、フルデンシャル・ホールディング・オブ・ジャパン(株)被保険者については38,400円(健保補助金30,000円、会社負担額8,400円)を限度とします。
- ご指定の事業所名義の金融機関口座宛に送金いたします。

【人間ドック検査基本項目】

問診・視診・身長・体重・BMI・腹囲・視力・聴力・眼圧・血圧・心電図・胸部X線・眼底・肺機能・心拍数・胃部X線または胃カメラ・便潜血反応・腹部超音波・血清総蛋白・アルブミン・A/G比・ビリルビン・アルカリフォスファターゼ・GOT・GPT・γ-GTP・HBS抗原・中性脂肪・HDL/LDL・血糖(空腹時)またはHbA1C・尿酸・総コレステロール・尿糖・尿蛋白・潜血・比重・沈渣・クレアチニン・赤血球ヘモグロビン・白血球・ヘマトクリット・MCV・MCH・MCHC・血小板・リウマチ反応(RA)・CRP・血液型

【希望者オプション検査】

ピロリ菌検査・前立腺(PSA)検査・婦人科検診(子宮頸部細胞診・乳房超音波又はマンモグラフィ検査・乳房触診検査)

※基本健診項目の未受診がある場合は、原則として補助致しません。

※腫瘍マーカー・PET検査・骨密度検査・脳CT・MRI検査などのオプション検査は、補助の対象外です。

【参考：総合健診等補助金支給基準(抜粋)】

第1条 (目的) この基準は、フルデンシャル健康保険組合(以下「組合」という)の被保険者および被扶養者が契約健診機関または一般健診機関において総合健診等を受けその費用を負担したとき、その費用の全部または一部を補助することにより、定期的な健康診断等の受診の機会を広く与え、かつ奨励し健康管理並びに疾病予防に資することを目的とする。

■当健保組合では、健診結果を「健診補助を行う際の受診者確認」及び「受診者の健康づくり支援」を目的として、健診結果を含む個人情報とは、目的以外に使用しない他、当健保組合におきましては、その取扱いには、十分に注意をしております。

健保組合 使用欄 (記入不要)	補助金総額	健診人数	健保補助額	会社負担額	送金年月日
	円	人	円	円	年 月 日
	常務理事	事務長	確認者	担当者	受付日付印