

**節目人間ドック  
コースA-a(任意継続)**

エーザイ健康保険組合  
理事長 殿

**節目人間ドック費用差額補助申請書(任意継続)**

\* 網掛け部分以外の太枠内に記入してください

申請日	年 月 日						
保険証 記号・番号	記号	被保険者氏名 (社員氏名)					
	番号						
受診日	年 月 日	日健受診分	円				
窓口負担額	円	補助額	円				
医療機関名							
(被 保 険 者 名 義 の 先)	口座名義 (被保険者)	(フリガナ)					
	金融機関名 (ゆうちょ銀行以外)	銀行 信組	信金 農協	支店名	本店 支店 出張所		
	口座番号	普通	当座				右詰で 記入
	ゆうちょ銀行	記号	1			0	
	番号						

**※記入不要:原則、加入時に登録いただいた金融機関の口座に振り込みます。  
当該口座が利用できない場合のみご記入ください。  
ただし、お支払いまでに3~4ヵ月を要する点、ご了解願います。**

健保受付印

- ◆ 添付するもの
  - \* 領収書の原本
- ◆ 補助金について
 

「日本健康文化振興会」が実施する節目人間ドックを受診した方で、  
健診日当日に窓口負担が発生したとき、  
同会が指定する基本検査及びオプション検査の合計が70,000円を下回ってれば、  
同日に追加で受診した検査の費用などを、差額の範囲内で補助します。  
2枚目の「料金チェックシート」で確認してください。

承認欄			
常務理事	事務長	経理	担当

# 《料金チェックシート》

☆この用紙は、ご自身で料金の試算をしていただくためのものです。[保]への提出は不要です。

節目人間ドックA-aコースを希望する方は  
このシートで料金のシュミレーションをしてみましょう

## 【ステップ1】

※金額は全て税込

① 基本検査(必須)		45,870 円	
			↓希望する検査にチェックを入れてみましょう
オプション	② 子宮頸がん(頸部細胞診)	<input type="checkbox"/> 6,050 円	<input type="checkbox"/> にチェックした検査の 合計金額は _____ 円 ↑ この金額を【ステップ2】の 「イ.」に入れてください
	③ 乳房マンモグラフィ 乳房エコー	<input type="checkbox"/> 7,150 円	
	④ 前立腺検査(PSA)	<input type="checkbox"/> 2,750 円	
	⑤ 腫瘍マーカー(CEA)	<input type="checkbox"/> 2,750 円	
	⑥ 骨密度	<input type="checkbox"/> 3,300 円	
	⑦ ピロリ菌検査	<input type="checkbox"/> 3,410 円	

## 【ステップ2】

- ア. ① 45,870 円 (必須項目なので受診者全員にかかる料金です)
- イ. ②~⑦で希望したものの合計 \_\_\_\_\_ 円
- ウ. ア. (45,870円) + イ. の金額 = \_\_\_\_\_ 円

## 【ステップ3】

70,000円ーステップ2の「ウ.」の額 = \_\_\_\_\_ 円

↑0円以上の差額が発生していると、  
上記②~⑦以外の検査を受けたときなど  
この額の範囲内で差額請求することが出来ます。



【ステップ1】の②~⑦の検査は  
医療機関によっては実施していない項目  
もありますので、「日本健康文化振興会  
提携医療機関一覧」をご覧になるか、  
日本健康文化振興会へお問い合わせ  
いただいで、確認してください。

- ◆差額請求できるもの(窓口で負担が発生したもの)
- ・検査のアップグレード等のために生じた差額費用  
EX: 胃部X線から内視鏡へ変更したときの差額費用
  - ・上記②~⑦以外の検査を受けたときの費用  
EX: 大腸内視鏡検査や胸部ヘリカルCT検査などの費用

<お問い合わせ>

<b>エーザイ健康保険組合</b> 健康診断・節目人間ドック担当 TEL: 03-3817-5316	<b>(財)日本健康文化振興会</b> 健康診断窓口 TEL: 03-3316-0777 <small>(「エーザイの節目ドック」とお伝えください)</small>
--	---