

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

* 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	所属事業所		組織 略号	
保 険 証 記号・番号	記号 番号	被保険者氏名 (社員氏名)			
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					

- ◆ 支払方法
補助金は事業主(会社)を通じ、給与支給時にお支払いさせていただきます。
ただし、支払いまでに3~4カ月を要する点、ご理解願います。

- ◆ 添付するもの
* 領収書の原本

健保受付印

- ◆ 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円を下回っていれば、
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)

44,990 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 子宮細胞診	☐	6,050 円	} □ 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。」にいらしてください
	③ 乳房検査 触診	☐	7,150 円	
	乳房検査 マンモorエコー	☐		
	④ 前立腺検査(PSA)	☐	2,750 円	
	⑤ 腫瘍マーカー(CEA)	☐	3,300 円	
	⑥ 骨密度	☐	3,300 円	
	⑦ ピロリ菌検査	☐	3,410 円	

【ステップ2】

- ア. ① 44,900 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. (44,900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
いただいて、確認をしてください。

◆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＞

エーザイ健康保険組合
健康診断・節目人間ドック担当
TEL: 03-3817-5316

(財)日本健康文化振興会
健康診断窓口
TEL: 03-3316-0777
(「エーザイの節目ドック」とお伝えください)