

本人用

エーザイ健康保険組合
理事長 殿

健康診断費用補助申請書

※保険証で確認してください

記号: 社員・アルバイト等は「10」
ユニオン専従職員は「50」
任意継続被保険者は「9999」

申請日	年 月 日			* 補助額欄を除く太枠内に記入してください		
保険証 記号・番号	記号 番号	被保険者氏名 (社員氏名)				
所属 事業所名		所属 (略号)		受診日	年 月 日	
医療機関名						
検査費用		円	補助額	円		

ご本人の在籍事業所と所属を記入してください。
(所属は略号で可)

実際にかかった費用の額(領収書に記載されている額)を記入ください

◆ 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。

◆ 添付するもの
* 領収書の原本
* 医療機関発行の検査結果表のコピー
* **健診アンケート(裏面がアンケートです。必ず記入の上、提出ください。)**
アンケートの記入がない場合、費用精算ができません。
(医療機関で同様のアンケートを実施している場合は、そのコピーでも可)

健保受付印

◆ 補助金について
* **25,000円**までの実費
ただし、下記に該当する場合、それぞれの限度額内で実費をプラスして補助いたします。
・ 50歳以上で前立腺がん検査(PSA)を受けられた方・・・2,000円まで
・ 乳房超音波検査またはマンモグラフィ検査を受けられた方・・・5,000円まで
・ 子宮細胞診検査(自己採取法)を受けられた方・・・3,500円まで
※胃部内視鏡検査は補助対象外です。

必ず裏面のアンケートを記入ください。(医療機関で同様のアンケートを実施している場合は、そのコピーでも可)

----- 健保使用欄(下記には記入しないでください) -----

前立腺		子宮細胞診	
受けた	受けない	受けた	受けない
乳房超音波		マンモグラフィ	
受けた	受けない	受けた	受けない

◆乳房検査はいずれか一方の分だけ

承認欄			
常務理事	事務長	経理	担当