

記入例

家族用

エーザイ健康保険組合
理事長 殿

※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」

家族健康診断費用補助申請書

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)				
被保険者(社員) 事業所名	被保険者(社員) 所 属					
受診者氏名 (ご本人氏名)	続柄	受診日	年 月 日			
医療機関名						
検査費用	円	補助額	円			

ご本人ではなく、加入されている方(配偶者等)のお名前を記入ください。

被保険者(社員)の事業所と所属を記入してください。

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
・ 40歳以上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

----- **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

承認欄			
常務理事	事務長	経理	担当

◆乳房検査はいずれか一方の分だけ