

記入例

**任意継続
家族用**

エーザイ健康保険組合
理事長 殿

家族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」
番号:社員番号

* 補助額欄を除く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	9999	被保険者氏名			
	番号					
受診者氏名 (家族氏名)		続柄		受診日	年 月 日	
医療機関名						
検査費用	円	補助額	円			
振 込 先	口座名義 (被保険者名義のもの)	フリガナ				
	金融機関名 (ゆうちょ銀行以外)	銀行	信金	支店名	本店 支店 出張所	
	口座番号 (右詰で記入)	普通	口座			
	ゆうちょ 銀行	記号	1		0	
	番号					

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

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。

健保受付印

- ◆ 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)
 - ◆ 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

◆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