

## 人間ドック受診計画申請・補助金申請書（立替分）

（当健保と契約のない健診機関で受診の場合）

※太枠内を記入ください

健康保険 被保険者証	記号 1 1	番号 99999	被保険者氏名 (申請者氏名)	健保 太郎	
住所	〒 ●●● - ●●●● 千葉県●●●市●●●町●●番地		電話番号	携帯可(日中連絡先) 090-●●●●-●●●●	
会社名	豊田合成(株)	所属	●●●●部 ●●●●室・課	内線	-
受診者氏名と 生年月日	健保 太郎 (西暦 1960年 10月 1日生)		被保険者との続柄	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 ・ 家族	

## 1、人間ドック受診予定

提出日

2024年 1月 15日

受診予定年月日	受診先健診機関 健診機関名	所在地	受診料の予定額
2024年 5月 1日	●●●●病院	千葉 都道府(県) ●●区(市)郡	35,000円

## 2、補助金の申請

提出日

2024年 6月 1日

『結果表(北°-)』・『領収書(原本)』・『人間ドック価格表(北°-)』を添付し健保へ送付下さい

下記の通り、人間ドックを受診しましたので補助金の申請を致します。

受診年月日	受診料 (領収書の金額)
2024年 5月 1日	35,000円

※ 振込口座は、必ず被保険者名義 のものをご記入下さい。(ゆうちょ銀行への振込みはできません)

三菱UFJ	銀行・信金・農協・信組	名古屋営業部	支店
預金種目	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 ・ その他	口座番号	88888888
		フリガナ	ケンポ タロウ
		口座名義	健保 太郎

【健保記入欄】

予定受付		補助金申請受付			支払日
事務長	係	受付日	決定金額	備考	
				<input type="checkbox"/> 節目 ( ) <input type="checkbox"/> 一般	
	No.		円		

&lt;ルート&gt; 本人(被保険者)[受診予定記入] → 健保[受付] → 本人[受診結果記入、結果表・領収書添付] → 健保[支払]

## 人間ドック受診料（立替分）請求書をご利用いただく上での注意点

### 1、『受診できる人』『健診機関への予約と受診計画』について

下記の方については、健保契約以外の健診機関で人間ドックを受診し、その費用を健保に請求することができます。

①『受診できる人』

近隣に健保契約の健診機関が無い遠隔地(営業所・工場)に勤務する 30 才以上の被保険者（従業員）ならびに被扶養者（同伴家族）。但し、受診日時時点で豊田合成健康保険組合の保険証(加入資格)を有すること。

②『健診機関への予約』と『受診計画』

人間ドックの予約を各自で行ない、予約完了後、**帳票No.303-06**（本紙裏面）で、健康保険組合へ受診計画を申請して下さい。

### 2、補助対象となる検査項目について

- ①基本検査項目：・身体測定 ・尿検査 ・血圧 ・血液検査 ・心電図 ・胸部レントゲン ・胃部レントゲン  
・便検査 ・腹部エコー ・眼底眼圧検査 ・聴力検査 ・視力検査 ・肺機能検査  
[男性のみ]・PSA 検査(前立腺がん検査) [女性のみ]・乳がん検査(マンモまたはエコー) ・子宮頸がん検査

②その他、健保が健診項目に該当すると判断した項目（喀痰検査 個人負担 1,000 円+消費税）

以下に該当する場合は、受診料の補助金支払いができませんのでご注意ください。

- ①健康保険の適用となる検査項目または医療行為を受診した場合  
②年度内において、当健保が実施している 人間ドック（巡回・レディスドック含む）を受診している場合  
③健保へ受診計画を申請していない場合 ④領収書・結果表の提出ができない場合

### 3、受診料（立替分）の請求方法について

受診後、受付申請済の『人間ドック受診計画申請・補助金申請書（立替分）』に必要事項を記入し、

①領収書の原本 ②結果表のコピー ③人間ドック価格表(北平可) を添付して提出下さい。

### 4、個人負担金について

『一般対象者（30 歳以上）』は、個人負担を 8,000 円+消費税 とし、差額分を健康保険組合が負担する。

『節目年齢対象者』は、個人負担を無償とし、全額健康保険組合が負担する。

（節目年齢対象者：当該年度内に 30・35・40・45・50・55・59・63 才に到達する者）

（例） 受診料が 35,000 円(税込)の場合の補助金額（下線部）

〔一般対象者〕 35,000 円 - 8,800 円（個人負担金） = 26,200 円

〔節目年齢対象者〕 35,000 円 - 0 円（個人負担金） = 35,000 円

※補助対象となる健診項目は、上記（2 項）に示す人間ドックの基本検査項目に準じたものに限りま

胃部検査レントゲン→カメラ変更に伴う追加料金は補助対象外となります。

オプション検査などは補助の対象となりませんので、ご不明な方は、事前に健保までお問い合わせ下さい。

〔カフェテリアポイントについて（豊田合成(株)の従業員(保険証記号「10」のみ）〕

個人負担金のカフェテリアポイントが利用できます。利用希望者は人間ドック補助金振込後に、各自で WELBOX より申請して下さい。申請に必要な証明書は、健保ホームページ（URL：<https://goseikenpo.e-sprit.jp/>） - マイページ - マイヘルスデータ - 健保事業利用実績 - 健保事業利用証明書をご利用ください。

### 5、個人情報取り扱いについて

申請書に記載された個人情報は、当健保が実施する保健事業にのみ使用しそれ以外には使用致しません。

ご不明な点は、下記までお問合せ下さい

〒492-8153 愛知県稲沢市井之口町中四反畑 4500 豊田合成健康保険組合（人間ドック係）  
外線：0587-23-6661 内線：611-5116