

健診・各種がん検診 費用補助申請書

申請期限
令和4(2022)年3月31日[木]

1. 基本情報

被保険者	事業所			所属部署		
	保険証記号番号	記号	番号			
	被保険者名	印*	連絡先	e-mail		
			TEL			
受診者	資格区分	被保険者(本人)・被扶養者(家族)		受診者氏名		
	生年月日	昭・平	年	月	日	令和3(2021)年度においては、誕生日が昭和57(1982)年3月31日以前の方は特定健診対象者です。※注1

* 被保険者が自ら署名する場合は捺印不要

2. 申請内容

項目	申請要件 年齢は年度末年齢 ※注2 (受診日に健保資格があること)	A:補助限度額	B:本人支払額 (領収書の金額)	補助申請額 (B>Aの場合はA)	備考
①基本健診	特定健診対象者※注1でない 35歳以上の被扶養者・任継者	3,000円	円	円	生活習慣病健診・がん検診など
②乳がん検診 ※注3	35歳以上の被保険者および 被扶養者	5,000円	円	円	触診、マンモグラフィー、超音波など
③子宮がん検診 ※注3	20歳以上の被保険者および 被扶養者	5,000円	円	円	内診、細胞診、経膈超音波、HPV検査など
④その他のがん検診	特定健診対象者※注1である 被扶養者・任継者	3,000円	円	円	乳がん・子宮がん検診以外で、個別の部位の検査に限る ※注4
すべての項目において、補助対象は保険外・10割自費精算分となり、 保険診療の場合は補助できません。 ※注5			合計	円	

<注意事項> 受診する前に必ずお読みください

注1	特定健診対象者	年度末年齢が40歳以上74歳以下の方は特定健診対象者です。 令和3(2021)年度においては、誕生日が昭和57(1982)年3月31日以前の方となります。
注2	年度末年齢	健保年度は4月始まりのため、翌3月31日時点の年齢が年度末年齢となります。
注3	セットでの乳がん検診・ 子宮がん検診について	乳がん検診と子宮がん検診がセットになっている場合は、それぞれ単独で受診した場合の料金を勘案して補助いたします。総合的な健診とのセットや、乳がん子宮がんのセット検診で料金が設定されている場合、それぞれにかかる費用の明細がない場合は補助できません。
注4	費用補助対象となる がん検診	自治体や医療機関で行なう「胃がん検診」「大腸がん検診」「肺がん検診」「前立腺腫瘍マーカー(PSA)」など、個別の部位のがん検診を対象とします。人間ドックや生活習慣病健診などで個別の部位の費用が明確でないもの、前立腺以外の腫瘍マーカー、PETなどは対象外。
注5	保険診療の場合	補助対象は保険外・10割自費精算分となり、保険診療の場合は補助できません。
その他	申請回数	令和3(2021)年4月1日～令和4(2022)年3月31日に受診したものについて、年度内に各項目1回ずつ申請が可能です。①～④の項目が別であれば分けても申請できますが、できるだけすべて済んでからまとめて申請ください。
	申請期限	令和3(2021)年度の申請期限は、令和4(2022)年3月31日(木)ブリヂストン健康保険組合必着となります。期限に間に合うよう、年度内早期の受診をお勧めいたします。期限間近に受診され、申請書類の送付が期日までに間に合わない場合は、仮申請等をご案内しますのでご連絡ください。連絡なく申請期限を過ぎた場合は、補助いたしかねます。
	支給方法	被保険者の給与口座(任継者は登録済の郵貯口座)に振込いたします。
	領収書の添付と それにあたっての注意	領収書(原本)を本申請書に添付して提出ください。 原則、項目の記載のない領収書は不可とします。もし領収書だけで項目やそれぞれの金額などが判別できない場合は、わかる資料を添付するか、医療機関の方に内訳を書き込んでいただくようにしてください。