

健診・各種がん検診 費用補助申請書

1. 基本情報

| | | | |
|------|------------|-------------------|---------------------------------------------------------|
| 被保険者 | 事業所 | 所属部署 | |
| | 被保険者等記号番号* | 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 / 被扶養者・任継者 | 受診者氏名 |
| | 生年月日 | 昭・平 年 月 日 (歳) | 令和6(2024)年度においては、誕生日が昭和60(1985)年3月31日以前の方は特定健診対象者です。※注1 |

*被保険者等記号番号は、健康保険証・資格情報のお知らせ・資格確認書・マイナポータルの資格情報画面などから確認ください

** 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 ※注4 | 20歳以上の被保険者 | 6,000円 | 円 | 円 | 触診、マンモグラフィ、超音波など |
| | 35歳以上の被扶養者・任継者 | 5,000円 | 円 | 円 | |
| ③子宮がん検診 ※注4 | 20歳以上の被保険者・被扶養者・任継者 | 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 | 自治体や医療機関で受けた、ブリヂストングループが推奨するがん検診(胃がん・大腸がん・肺がん・前立腺がん検診(PSA))に限る ※注5 |
| 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6 | | | | 合計 | 円 |

3. 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6(2024)年度においては、誕生日が昭和60(1985)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 | 乳がんの費用補助について | 令和4(2022)年4月より、被保険者に対する乳がんの費用補助内容の見直しを行い、 20歳以上の被保険者に対して上限6,000円の補助 を行います。(従来は35歳以上の被保険者に対して上限5,000円の補助) |
| 注4 | 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5 | 費用補助対象となるがん検診 | 自治体や医療機関で受けた、ブリヂストングループが 推奨するがん検診(胃がん・大腸がん・肺がん・前立腺がん検診(PSA))以外の検診項目は対象外 です。 なお、人間ドックや生活習慣健診等で個別の部位の費用が明確でないものも同様です。 費用補助の検査項目基準は被保険者と同じですので、上記以外の項目の申請はお受けいたしかねますのでご了承ください。 |
| 注6 | 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6(2024)年4月1日～令和7(2025)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6(2024)年度の 申請期限は、令和7(2025)年3月31日(月)まで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、事前にご連絡ください。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。 |
| | ファミリー健診を受診された方 | ファミリー健診のオプションでがん検診を受診された場合は、原則全額健保負担となりますので、自己負担は発生しません。(オプション検査について、従来のようにがん検診費用補助の申請を頂くことは不要です。) ファミリー健診のオプションのがん検診を受診されなかった場合は、別途「その他のがん検診」「乳がん・子宮がん検診」の費用補助を申請することは可能です。 |