

申請期限：令和6年2月29日

被保険者(申請者)情報

被保険者証の
記号

番号(右づめ)

氏名

(フリガナ)

住所

(〒 -)

都
道
府
県市
郡
区

振込先指定口座

金融機関
名称

銀行 金庫 信組

本店 支店

(支店コード)

農協 漁協

出張所

その他 ()

本所 支所

預金種別

1 1.普通

口座番号

左づめでご記入ください。

口座名義

▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(°)は1字としてご記入ください)

口座名義は
被保険者名義のみ

申請内容

氏名

被保険者

生年月日

昭和

年 月 日

被扶養者(家族)平成

受診医療機関名：

年 月 日

受診日： 令和

年 月 日

支払額：

円

申請コース：

下記申請コース一覧よりA~Dを選択

申請コース一覧 (年齢基準日：令和6年3月31日)

コース	内容	補助上限額	対象者	年齢
A	人間ドック	半日 30,000円	被保険者 被扶養者 任意継続	35歳以上
	※胃部検査(X線または内視鏡)が無い場合には上限20,000円	一泊 40,000円		
B	生活習慣病予防健診	15,000円	被扶養者 任意継続	30歳以上
	胃部(X線または内視鏡)or腹部エコーあり	20,000円		
C	脳ドック	30,000円	被保険者 被扶養者 任意継続	35歳以上
	☆AおよびBのオプション/単独 いずれも申請可			
D	頭部CT・MRI・MRA	6,000円	被保険者 被扶養者 任意継続	全年齢
	☆いずれか一つでも可			
D	乳がん子宮頸がん検診	6,000円	被保険者 被扶養者 任意継続	全年齢
	☆AおよびBのオプション/単独 いずれも申請可			
	マンモグラフィ・乳腺エコー・子宮頸部細胞診			
	☆いずれか一つでも可			

※注意事項

- 年度内1人1回に限ります。(4月1日以降受診のもの)
- コースA or BとCおよびDの併給が可能です。
- C/Dオプション検査の場合、内訳明細が必要です。
- 「保険診療扱いでの受診」は補助対象外となります。

健保使用欄

身・体・BMI・腹囲 / 血圧 / 尿糖・尿蛋白
赤血球・Hb・Hct / GLU・HbA1C
GOT・GPT・γ-GTP / CRE・e-GFR / 胸X線
HDL・LDL・TG / 心電図 / 胃部【X線・カメラ】
腹部【エコー・CT】 / 大腸【Hb・カメラ】

受付日付印