

支給決定日：令和 年 月 日	常務理事	マネジャー	リーダー	担当者
支給決定額	円			
算出基礎				

MBK連合健康保険組合 理事長殿

## 〔契約外施設〕日帰り人間ドック補助金請求書

下記の通り、契約外施設にて日帰りドックを受診しましたので補助金を請求いたします。なお、私の受ける補助金の受領方を所属の事業主に委任いたします。

所属事業所名称					
記号		被保険者 氏名	⑩		
番号					
受診者 氏名		続柄	本人・家族	年齢	歳
実施機関 名称		受診日	令和 年 月 日		
受診内容	支払額	健診料金基準額		健保補助額（健保記入欄）	
日帰り人間ドック	円	一般:42,000円/聖路加:47,000円		円	
【OP】マンモグラフィ検査	円	5,000円		円	
【OP】乳腺超音波検査	円	5,000円		円	
【OP】子宮頸部細胞診検査	円	4,000円		円	
【OP】PSA検査（50歳以上）	円	2,000円		円	

### 【添付書類】

補助金を申請する方は、下記添付書類と併せて事業所経由で提出してください。

- ◎健診・医療機関発行の領収書の原本（請求書の裏面に糊付けしてください）
- ◎結果票の写し
- ◎問診 22 項目（質問票）

～提出前に必ずご確認ください～

#### ＜補助条件＞

- (1) 40 歳以上の被保険者および被扶養者で、受診日当日に資格を有する者。
- (2) 国内の健診・医療機関で「日帰りドック」「一日ドック」を受診した場合のみに限ります。
- (3) 乳がん検査は、マンモグラフィ・超音波いずれか一方のみを補助します。PSA検査は、50 歳以上が対象です。

#### ＜注意事項＞

- (1) 1泊ドック等およびオプション単体で受診は対象外です。
- (2) 補助金支給額は、健診料金基準額を上限に自己負担額を差し引いた額となります。健診料金基準額を下回る場合は、支払額から自己負担額を差し引いた額となります。（自己負担額:20,000 円）
- (3) 決定した補助金は、事業所経由でお支払いされます。支払日につきましては、所属の事業所へお問い合わせください。なお、任意継続被保険者の方につきましては、組合へ届出しているゆうちょ銀行の口座へお振込みいたします。
- (4) 請求期限は、受診日から 6 カ月以内となります。結果票がお手元に届きましたら速やかにご提出ください。