

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				

M B K 連合健康保険組合 理事長殿

〔契約外施設〕生活習慣病健診 補助金請求書

下記の通り、契約外の健診機関・医療機関にて事業主健診として生活習慣病健診を受診しましたので補助金を請求いたします。

事業所記号	事業所名称 所在地 事業主氏名 (又は代理人)
-------	----------------------------------

【健診機関情報】

名称	
所在地	
健診実施日	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

コース	単価 (税込)	受診者数	支払額	健保記入欄		
				一人当たり補助額 (上限)	人数	補助額
生活習慣病健診 (胃部X線あり)			0	15,000円 ()		
生活習慣病健診 (胃部X線なし)			0	3,000円 ()		
小計		0	0			
乳腺超音波検査			0			
マンモグラフィ検査			0			
PSA検査			0			
支払合計			0	支給額計		

【健診料金基準額と組合補助額】

健診料金基準額を下回った場合の事業所負担額は、胃部X線ありの場合30%、胃部X線なしの場合57%となります。

	健診料金基準額	事業所負担額	自己負担額	健保補助額
生活習慣病健診 (胃部X線あり)	25,000円	7,500円	2,500円	15,000円
生活習慣病健診 (胃部X線なし)	13,000円	7,500円	2,500円	3,000円
乳腺超音波検査/マンモグラフィ検査	5,000円	0円	0円	5,000円
PSA検査	2,000円	0円	0円	2,000円

☆添付書類☆ 補助金請求をする場合は、下記書類を揃えて提出してください。

- ①請求明細表 ②健診結果の写し ③領収書 (もしくは請求書) ④問診22項目 (質問票)

☆注意事項とお願い☆

- ・ 契約外で生活習慣病健診を受診する際は、必ず組合指定の検査項目を網羅していなければなりません。
- ・ 補助金は、毎月15日の給付金と併せて支給されます。