被扶養者検診等補助（ご家族・任意継続被保険者のかた）

検査項目	検査内容 （対象検査）	対象者	補助額
健康診断補助	市民健診・主婦健診・ ミニドック等	２０歳以上４０歳未満	12,000 円 限度
胃部検診	バリウムによるレントゲン （胃カメラの場合は当該健診機関のバリウムによる検査との差額は自己負担。レントゲン検査の料金設定がない場合は 6,000 円を上限）	２０歳以上７５歳未満	全額補助
肺癌検診	胸部レントゲン	２０歳以上７５歳未満	全額補助
大腸がん検診	便潜血２回法	２０歳以上７５歳未満	全額補助
前立腺癌検診	血液による PSA 測定	５０歳以上の男性	全額補助
乳がん検診	マンモ・乳腺エコー どちらか１つ	２０歳以上７５歳未満 の女性	6,000 円限度
子宮癌検診	細胞診	２０歳以上７５歳未満 の女性	3,000 円限度
超音波検査	腹部臓器・甲状腺	２０歳以上７５歳未満	3,000 円限度
特定健診詳細項目	貧血・心電図・眼底 クレアチニン	４０歳以上７５歳未満 特定健診受診の際に 自己負担があったもの	全額

☆注意☆

1．補助対象受診期間　：　4 月 1 日から翌年 2 月末日
2．巡回健診、柏崎地区集団検診を利用の方は健保補助額を引いたものが本人負担額となっていますので、補助申請は不要です。
3．人間ドック・脳ドック（脳の撮影のみの方を除く）を補助した方（請求予定の方）の検診補助はありません。
4．補助は年度内、各項目 1 回とします。（複数の検査項目を受診される方はまとめて申請してください）
5．特定健診詳細項目（貧血・心電図・眼底・クレアチニン）は特定健診と同時に希望して行ったものが補助対象となります。
6．保険証を使った診療での検査の自己負担は補助の対象となりません。ご注意ください。

☆お願い☆

1．申請時には下記書類を添付してください。
　・　受診者名・受診項目・項目ごとの料金がわかる領収書（原本）
　・　集団検診等で領収書に受診者名がない場合は結果票の写しを添付してください。
2．申請締め切り及び支払日　　4 月　1 日～ 9 月 20 日 申請分　　9 月末支払い
　　9 月 21 日～12 月 20 日 申請分　　12 月末支払い
　　12 月 21 日～ 3 月 20 日 申請分　　3 月末支払い
　※任意継続被保険者およびその家族の方以外は事業所振込みとなります。
3．健診機関・料金についてはお住まいの市町村の広報等を参考にしてください。

令和　　年　　月　　日申請

被 扶 養 者 ・ 任 意 継 続 被 保 険 者 検 診 補 助 申 請 書

≪注意事項≫･補助の対象となる受診期間は 4 月 1 日より翌年 2 月末です。
･締切は 9 月 20 日、12 月 20 日、年度最終 3 月 20 日**必着**です。
･3 月の受診や年度を超えての補助申請はできません。
･受診後の再検査･受診勧奨等医師の指示には必ず従ってください。

健康保険証 記号　　番号

被保険者住所

（フリガナ）
被保険者名

受 診 者

下記のとおり健診補助を申請致します

	支　払　額	受　診　年　月　日	健 保 補 助 額
健康診断補助	円	年　月　日	円
胃部検診	円	年　月　日	円
肺癌検診	円	年　月　日	円
大腸がん検診	円	年　月　日	円
前立腺癌検診	円	年　月　日	円
乳がん検診	円	年　月　日	円
子宮癌検診	円	年　月　日	円
超音波検査	円	年　月　日	円
特定健診詳細項目 貧血・心電図・眼底 クレアチニン	円	年　月　日	円
		健　保　補　助　額 合　計	円

＊添付するもの　　領収書原本（受診者名および検査項目、項目ごとの料金がわかるもの）
健康診断補助を申請する場合は結果票の写しを添付してください.
◎４０歳以上のかたでパート先等の職場健診を受けられた方は健康診断結果の写しを添付してください。

＊任意継続被保険者は加入時に登録の振込口座に振り込みます。
それ以外の方は事業所振り込みとなりますので、入金については事業所担当者にお尋ねください。

レイズネクスト健康保険組合

********** 健保記入欄（以下は記入しないでください）**********

支給決定欄	常務理事	事務長	係	健保補助額	円
				支払日	