

## 被保険者検診等補助

検査項目	検査内容 (補助対象検査)	対象者	補助額
胃部検診	バリウムによる レントゲン検査	被保険者全員	全額補助 (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)
大腸がん検診	便潜血2回法	被保険者全員	全額補助
前立腺癌検診	血液による PSA 測定	50 歳以上の 被保険者	全額補助
乳がん検診	マンモ・エコーいずれか	全女性被保険者	6,000 円を限度
子宮癌検診	細胞診	全女性被保険者	3,000 円限度
超音波検査	腹部臓器・甲状腺	被保険者全員	3,000 円限度
眼底検査	両眼撮影	40 歳以上の 被保険者	全額補助

1. 対象年齢は年度末 3 月 31 日の年齢。
2. 補助の対象となる受診期間は 4 月 1 日より翌年 2 月末までです。
3. 3 月の受診や年度を超えての補助申請はできません。
4. 人間ドック・脳ドック(脳の撮影のみの方を除く)を補助した者(請求予定の者)の検診補助はしません。
5. 補助は年度内、各項目ごと 1 回となります。
6. 保険証を使った保険診療での検査は補助の対象となりません。

☆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または請求書 (写し可)
  - ・ 個人で受診した場合は領収書 (原本)
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

年 月 日

会社名  
(事業所名)

課長	係長	係

### 検診等補助申請書(事業所用)

下記の通り健保補助額を申請致します。

#### 記

1. 実施年月日 年 月 日
2. 実施機関名
3. 受診者数及び補助申請額

	受診者数	一人当たり単価	健保補助額
胃部検診	名	円	円
大腸がん検診	名	円	円
前立腺癌検診	名	円	円
乳がん検診	名	円	円
子宮癌検診	名	円	円
超音波検査	名	円	円
眼底検査	名	円	円
			円
			円

4. 添付する書類 ・ 受診者名および受診項目の料金がかかる請求書または領収書  
・ 個人で受診した場合は領収書原本

レイズネクスト健康保険組合

常務理事	係