

## 被扶養者検診等補助(家族・任意継続被保険者のかた)

☆注意

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	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

1. 補助対象受診期間は 4 月 1 日から翌年 2 月末日
2. 巡回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、各項目ごと 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で自己負担があったものとなります。(医師の判断により受けた検査の自己負担はありません。)
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。

☆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：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。

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

レイズネクスト健康保険組合

支給決定欄	常務理事	係	健保補助額	円
			支払日	