

健診(検診)費用補助金請求書

下記のとおり受診しましたので、領収書(原本)・検査結果表(コピー可)を添付の上、補助金を請求します。
なお、事業主の行なう法定健診をかねた健診の場合、事業主に健診結果を提供することに同意します。

太枠内をすべて記入してください *文字の消えるペン(フリクションペン等)は使用しないでください。

令和 年 月 日 提出

被保険者証 の記号番号	—		被保険者の 氏名	フリガナ			
事業所および部課名 (販売員の方は店名、ブランド名)			外線電話	—		内線番号	—
受診者氏名	フリガナ		性別	男・女	生年月日	昭和 平成	年 月 日 歳
健診(検診)を受けた	健診機関の名称	電話番号 —					
	日付	令和 年 月 日 ()					
今年度の定期健診*受診状況 (ドック受診者は回答必須) *定期健診…事業主の行なう法定健診を指します。今年度、人間ドックのみ受診の方は「受診しない」に○をしてください。		受診状況に当てはまるものを○で囲んでください。 今年度(4月～翌年3月)定期健診*を 受診しない・受診した・受診予定 (年 月 日 受診した・受診予定)					
健 診 (検 診) の 内 訳							
健診を受けた方	受診内容	対象者年齢※1	健診費用(税込)	補助限度額<消費税含む>			
被保険者(本人) (任意継続者除く)	人間ドック(一泊・一日)(注)4	30歳以上	円	※2	28,000円		
	脳ドック (注)4	30歳以上	円		15,000円		
	子宮がん	年齢制限なし	円		5,000円		
	乳がん	年齢制限なし	円		5,000円		
		40歳以上で エコー、マンモ両方受診した場合	円		10,000円		
前立腺がん	50歳以上	円		3,000円			
被扶養者(家族) または 任意継続者	人間ドック(一泊・一日)(注)4	30歳以上	円	※2	28,000円		
	脳ドック (注)4	30歳以上	円		15,000円		
	すこやか健診 (注)4	40歳未満(年度末年齢)	円		8,000円		
	子宮がん	年齢制限なし	円		5,000円		
	乳がん	年齢制限なし	円		5,000円		
		40歳以上で エコー、マンモ両方受診した場合	円		10,000円		
前立腺がん	50歳以上	円		3,000円			
領収書金額合計			円				

※1 対象年齢について 年度末年齢(受診日を含む年度内に到達する年齢)に変更 (令和5年4月受診分より)

※2 人間ドック補助限度額を増額 (令和5年4月受診分より)

*人間ドックを受診した方は特定健診必須項目である下記質問のご回答をお願いします。

受付日付印

(1)服薬	現在、aからcの薬の使用の有無
	a.血圧を下げる薬 ☐ はい・ ☐ いいえ
	b.インスリン注射又は血糖を下げる薬 ☐ はい・ ☐ いいえ
	c.コレステロールを下げる薬 ☐ はい・ ☐ いいえ
(2)喫煙	現在、たばこを習慣的に吸っている。「習慣的に喫煙している」とは、「今まで合計100本以上又は6ヶ月以上吸っている者」であり、最近1ヶ月間も吸っている者 ☐ はい・ ☐ いいえ

- (注) 1.健診費用の内訳が記載されている領収証原本(別紙明細書添付可)と健診結果(コピー可)を提出してください。
2.健診結果表等の取扱いについては、個人情報保護管理規程等の法令を遵守しております。
3.健診結果は健康管理のため、被保険者については事業所看護職が保管し、被扶養者または任意継続者については健保組合が保管いたします。
4.人間ドックおよび脳ドック、すこやか健診は年一回、一種目のみ健保補助対象となります。
5.一泊、一日ドックを受診される方は、特定健診の検査項目も含めて受診してください。
6.請求について不明な点がありましたら、健保組合にお問い合わせください。

<送付先およびお問い合わせ先>

ルックグループ健康保険組合

〒107-0052 東京都港区赤坂8丁目5番30号 TEL 03-5413-5124

<手続き方法は裏面参照>

必ず裏面ご確認の上、ご提出ください。

(2023/04)

健診(検診)費用補助金請求書 手続き方法

あなたは補助金の対象者ですか？

会社が実施する定期健康診断ですか？

はい

補助金対象外

いいえ

健保連指定施設での人間ドック受診ですか？

はい

既に健保補助限度額を超える本人負担分です。
この本人負担分についての補助はありません。

いいえ

保険証(窓口で3割負担)による健診ですか？

はい

補助金対象外(☆1)

いいえ

再検査(定期健康診断結果等による)ですか？

はい

補助金対象外
(保険証で受診してください。)

いいえ

留 意 事 項

1. 補 助 金 対 象 者

- ①補助の対象となる人は、健康保険証に名前が載っている本人および家族です。
- ②健診の内訳によっては、**対象年齢が異なります**ので表面をご参照ください。
- ③この健診は**年度内(4月～翌年3月)1回**に限ります。

2. 健診機関に受診者が予約

- ①請求の際に**健診結果の添付が必要です**。文書による健診結果がもらえるか予約時に必ず確認してください。
(但し**文書料の補助はありません**のでご注意ください)

文書で健診結果は
もらえますか？

3. 健 診 当 日

- ①健診料金は全額窓口で支払い、領収書をもってください。

保険証による3割負担
の受診は補助対象外
です(☆1)

領収書		令和〇年〇月〇日
健保 花子 様	金 13,200 円	宛名は受診した方のフルネームで
但 子宮がん検診	5,500円	
マンモグラフィー	7,700円	
上記正に領収いたしました		健診内訳、明細金額を必ず記入してもらいましょう
東京都品川区西五反田8-8-20 〇〇〇〇クリニック		

(注)領収書は返却いたしません。

4. 「健診費用補助金請求書」に記入

- ①必要事項をすべて記入、捺印されていることを確認してください。
- ②表面にある健診内訳以外の健診については、本人負担となります。

5. 健 保 組 合 に 郵 送

領収書と健診結果は揃っていますか？

- ①「健診(検診)費用補助金請求書」に「領収書(原本)」と「健診結果(コピー可)」を添付の上提出してください。
- ②健診結果をコピーし提出する場合は、**すべてのページをコピー**してください。

〒107-0052 東京都港区赤坂8丁目5番30号
ルックグループ健康保険組合
保健事業担当 TEL 03-5413-5124

6. 補 助 金 の 支 払 い

- ①あなたの給与口座に健康保険組合より月3回の支払日にあわせて振込ます。(10日・20日・末日払い)
- ②支払いに際しての通知はいたしませんので、お手数ですが通帳記帳等にて確認していただきますようお願いいたします。