

申請者
 ~記入例~

《被保険者専用》

補助金支給決定額 _____ 円

契約外医療機関で受診

2021年度(令和3年度) 人間ドック

※補助金請求書提出 年度1回(ま

人間ドック・生活習慣病健診は胃がん検査(バリウムまたは胃カメラ)必ず受診してください。未実施項目がある場合、単独

【注意事項】

- ・請求者捺印は不要になりました。
- ・ただし、記載内容に修正が発生した際は訂正箇所を二重線で消し、訂正印を押して下さい。
- ・フリクションペンなどの消えるペンは使用しないで下さい。

キューピー・アヲハタ健康保険組合 理事長殿

個人情報の利用目的の主旨に同意し、補助金の請求を致します。

記入日： ○○年 ○月 ○日(※太枠内をすべて記入)

事業所名 [会社名]	○○○株式会社		部署名	○○工場
保険証	記号	○○	請求者 氏名	健保 組子
	番号	○○		
健診機関名 [病院名]	○○クリニック		生年月日 (和暦)	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 ○○年 12月 31日 <input type="checkbox"/> 令和 (44歳)
定期健診 受診日	<input checked="" type="checkbox"/> 受診済 <input type="checkbox"/> 同日受診 <input type="checkbox"/> それ以外 [定期健診受診日]		○○年 ○月 ○日	
No.	健診名	健診にかかった費用	補助金等	受診日(和暦)
1	人間ドック・生活習慣病健診	_____ 円 [※税込み]	対象：35歳以上 上限20,000円の実費	令和 ____年 ____月 ____日
2	大腸がん検査(便潜血)	2,000 円 [※税込み]	対象：35歳以上 上限2,000円の実費	令和 ○年 ○月 ○日
3	胃がん検査(バリウムまたは胃カメラ)	15,000 円 [※税込み]	対象：35歳以上 上限13,000円の実費	令和 ○年 ○月 ○日
4	腹部超音波検査(エコー)	5,800 円 [※税込み]	対象：35歳以上 上限5,000円の実費	令和 ○年 ○月 ○日
5	婦人科検診(子宮がん頸部細胞診・乳がんマンモ、エコー)	_____ 円 [※税込み]	対象：20~34歳 上限4,000円の実費 対象：35歳以上 上限8,000円の実費 ※会社で実施した婦人科検診を受診(団体受診)し、個人で婦人科検診を別途受診した場合は、補助対象外です	令和 ____年 ____月 ____日
6	脳ドック・頸動脈エコー	_____ 円 [※税込み]	対象：50歳以上 脳ドックと頸動脈エコーを併せて、上限20,000円の実費	令和 ____年 ____月 ____日
7	PSA検査	_____ 円 [※税込み]	対象：50歳以上 上限3,000円の実費	令和 ____年 ____月 ____日

個人情報保護法における利用目的のお知らせ
 添付していただいた健診結果表(被保険者分)は次のように共同利用します。
 ① 健保組合・キューピー労務部：受診確認、健診機関への支払業務、健康分析、結果表をデータベース化
 ② 勤務会社の本社および事業所：従業員の健康管理、健康相談、がん検診を含めた2次検査受診勧奨
 ③ 健保組合・キューピー労務部・事業所共通：グループで健康経営を進める上での課題の抽出、施策の策定など

提出する書類と注意事項 提出物は次の3点です。

1. 請求書：当用紙の空欄に必要事項を記入してください
2. 領収書：各健診の料金明細が(検査名と料金)記載されていること(原本のみ)
3. 結果表：補助金請求を行う健診の結果表(コピー可)

[健保 使用欄]	○人間ドック・生活習慣病	¥ _____ ⇒	○婦人科	¥ _____ ⇒
○3点セット	¥ _____ ⇒	○脳ドック・頸動脈エコー	¥ _____ ⇒	
○単独がん	¥ _____ ⇒	○PSA	¥ _____ ⇒	
○単独がん	¥ _____ ⇒			