

健診利用補助金支給申請書（従業員以外）

被保険者証記号・番号	—	日中連絡がとれる電話番号	
被保険者名		メールアドレス	
健診受診者名		受診年月日	年 月 日
生年月日	年 月 日	受診した医療機関名	

■振込先記入機関※被保険者名義の口座を記入してください

金融機関名		支店名	
普通 ・ 当座	口座番号	口座名義（カナ）	

■該当する健診に○をして、受診金額を記入してください

健診コース	対象	対象年齢	健診受診金額（税込）	自己負担（税込）	健保記入欄
レディース健診 ※契約医療機関に限る	被扶養者 任継被保険者・任継被扶養者 特退被保険者・特退被扶養者	30歳以上	円	3,000円	
ミニドック ※契約医療機関に限る	被扶養者 任継被保険者・任継被扶養者 特退被保険者・特退被扶養者	30歳以上	円	3,000円	
人間ドック	被扶養者 任継被保険者・任継被扶養者 特退被保険者・特退被扶養者	35歳以上	円	補助上限超過分（※1）	
				健診費用の30% ※100円未満は切り捨て（※2）	
				6,100円（※3）	

※1 健診費用が40,721円以上の場合、補助上限28,520円
※2 健診費用が20,667円～40,720円の場合
※3 健診費用が20,666円以下の場合

【参考】人間ドック費用補助一覧

健診コース	対象	対象年齢	人間ドック費用補助（税込）	自己負担（税込）
人間ドック	被扶養者 任継被保険者・任継被扶養者 特退被保険者・特退被扶養者	35歳以上	[健診費用40,721円以上] 上限28,520円	補助上限超過分
			[健診費用20,667～40,720円] 健診費用－自己負担額	健診費用の30% ※100円未満は切り捨て
			[健診費用20,666円以下] 健診費用－6,100円	6,100円

オプション項目は裏面に続きます。

オプション項目

健診コース	対象	対象年齢	該当に○	健診受診金額（税込）	自己負担（税込）	健保記入欄
ABC検診（胃がんリスク検査）	被扶養者 任継被保険者・任継被扶養者 特退被保険者・特退被扶養者	35歳以上		円	補助上限超過分 ※上限3,570円	
腹部検査（腹部超音波検査）	被扶養者 任継被保険者・任継被扶養者 特退被保険者・特退被扶養者	30歳以上		円	補助上限超過分 ※上限3,570円	
脳MR検査（頭部MRI・MRA）	被扶養者 任継被保険者・任継被扶養者 特退被保険者・特退被扶養者	節目年齢（※1）		円	補助上限超過分 ※上限20,370円	
肺がん検査（胸部CT）	被扶養者 任継被保険者・任継被扶養者 特退被保険者・特退被扶養者	35歳以上		円	補助上限超過分 ※上限7,130円	
子宮頸がん検査 ①子宮頸部細胞診・内診 ②子宮頸部細胞診＋経膈超音波 ※細胞診は医師採取に限る	被扶養者女性 任継被保険者女性・任継被扶養者女性 特退被保険者女性・特退被扶養者女性 ※レディース健診受診者は除く	25歳以上		円	補助上限超過分 ※上限2,850円	
乳がん検査 （乳房超音波＋マンモグラフィー）	被扶養者女性 任継被保険者女性・任継被扶養者女性 特退被保険者女性・特退被扶養者女性	30歳以上		円	補助上限超過分 ※上限6,620円	
乳がん検査 （乳房超音波）	被扶養者女性 任継被保険者女性・任継被扶養者女性 特退被保険者女性・特退被扶養者女性	30歳以上		円	補助上限超過分 ※上限3,570円	
乳がん検査 （マンモグラフィー）	被扶養者女性 任継被保険者女性・任継被扶養者女性 特退被保険者女性・特退被扶養者女性	30歳以上		円	補助上限超過分 ※上限3,570円	
動脈硬化度検査 （頸動脈超音波または血圧脈波）	被扶養者 任継被保険者・任継被扶養者 特退被保険者・特退被扶養者	35歳以上		円	補助上限超過分 ※上限2,550円	
肝炎ウィルス検査 （HBs抗原＋HCV抗体）	被扶養者 任継被保険者・任継被扶養者 特退被保険者・特退被扶養者	35歳以上		円	補助上限超過分 ※上限2,040円	
甲状腺機能検査(甲状腺ホルモン)	被扶養者 任継被保険者・任継被扶養者 特退被保険者・特退被扶養者	35歳以上		円	補助上限超過分 ※上限3,570円	
前立腺がん検査(PSA)	被扶養者男性 任継被保険者男性・任継被扶養者男性 特退被保険者男性・特退被扶養者男性	50歳以上		円	補助上限超過分 ※上限1,530円	
胃がん検査 （胃部X線検査または内視鏡検査）	レディース健診受診者	30歳以上		円	補助上限超過分 ※上限7,130円	

※1 節目年齢は「35・40・43・46・49・52・55・58・61・64・67・70・73歳」(35歳および40歳からの3歳刻み)

申請書提出期限日 健診受診日翌日より3か月以内 必着

※健診結果表が未着で遅れる場合は連絡してください。

この精算書と一緒に「領収書（原本）」と「健診結果表（原本）」を日立建機健康保険組合まで送料自己負担で郵送してください。 健診結果は要配慮個人情報のためPDF等のメールでの提出は受付しません。

■提出先／お問い合わせ先

日立建機健康保険組合
〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷5-21-14
TEL 03-5990-2185
健康保険組合記入欄

補助金額	円
振込金額	円
振込日	月 日

常務理事	事務長	担当者	担当者