

生活習慣病予防健診・オプション検査 補助金交付申請書

添付書類

①「請求書(写)」 ②「請求明細書(写):受診者名記載あり」 ③「領収書(写)」 ④「健康診断 結果一覧表(写)」

- * 補助対象年齢は、年度中に達するものとします。
- * 茨城西南医療センター病院の「子宮・乳がん検査代替健診機関」で実施した場合も、本申請書を使用下さい。

事業所記号		事業所名						
健診機関名称				実施期間	年 月 ～ 年 月			
内 訳		料 金	事業主(個人) 負担額	健保補助額	補助対 象年齢	実施(補助)対象者数		
						(被保険者)	(被扶養者)	
生活習慣病予防健診		12,760 円	5,260 円	7,500 円	—	名	名	
オ プ シ ョ ン 検 査	胃レントゲン		6,600 円	1,300 円	5,300 円	40歳以上	名	名
	胃 が ん リ ス ク	ABC検査		*各厚生連 病院別契約 料金 左記料金から 健保補助額 を差し引いた 額	3,000円	※1	名	
		ピロリ菌検査			1,500 円	※1	名	
	前立腺がん(PSA)		2,000 円		50歳以上	名	名	
	子 宮 頸 が ん	頸部細胞診			3,000 円	20歳以上	名	名
		ヒトパピローマウイルス (HPV)検査			3,000 円	20歳以上	名	名
	乳 が ん	エコー・ マンモグラフィー 両方			6,000 円	40歳以上	名	名
		エコーのみ			3,000 円	30歳以上	名	名
		マンモグラフィーのみ			3,000 円	40歳以上	名	名
	健診(検査)費用 (健診機関に支払った額)		合計 円					

<健保記入欄>	
健保補助額	
円	
円	
円	
円	
円	
円	
円	
円	
合計 円	

※1 ABC検査対象者…30,35,40歳の被保険者(加入期間1度限り)

補助金振込先

口座名義(フリガナ) ()

農協

支店 普通

信連

本店 当座

上記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日

事業主の
住所およ
び氏名

茨城県農協健康保険組合理事長 殿

茨城県農協健康保険組合

受付印