

### 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						<健保記入欄>			
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		健保補助額				
					(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	円			
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	円			
	胃がんリスク	ABC検査	*各厚生連病院別契約料金 (茨城西南医療センター病院代替健診機関含む)	左記料金から健保補助額を差し引いた額	3,000 円	※1	名	/	円		
		ピロリ菌検査			1,500 円	※1	名		円		
	前立腺がん(PSA)	2,000 円			50歳以上	名	名	円			
	子宮頸がん	頸部細胞診			3,000 円	20歳以上	名	名	円		
		ヒトパピローマウイルス(HPV)検査			3,000 円	20歳以上	名	名	円		
	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	円		
		エコーのみ			3,000 円	30歳以上	名	名	円		
		マンモグラフィーのみ			3,000 円	40歳以上	名	名	円		
	健診(検査)費用 (健診機関に支払った額)				合計		円				合計

※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