

支給決定日：令和 年 月 日	常務理事	マネージャー	リーダー	担当者
支給決定額				

M B K 連合健康保険組合 理事長殿

〔契約外施設〕生活習慣病健診 補助金請求書

下記の通り、契約外の健診機関・医療機関にて事業主健診として生活習慣病健診を受診しましたので補助金を請求いたします。

事業所記号	事業所名称 所在地 事業主氏名 (又は代理人)	
-------	----------------------------------	--

【健診機関情報】

名称	
所在地	
健診実施日	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

コース	単価 (税込)	受診者数	支払額	健保記入欄		
				一人当たり補助額 (上限)	人数	補助額
生活習慣病健診 (胃部X線)			0	15,000円 ()		
生活習慣病健診 (胃部なし)			0	3,000円 ()		
小計		0	0			
乳腺超音波検査			0			
マンモグラフィ検査			0			
PSA検査			0			
胃カメラ差額			0			
支払合計			0	支給額計		

【健診料金基準額と組合補助額】

健診料金基準額を下回った場合の事業所負担額は、胃部X線の場合30%、胃部なしの場合57%となります。

乳がん検査・PSA検査・胃カメラ差額について健診基準額を下回った場合は、実費額を健保補助額とする。

	健診料金基準額	事業所負担額	自己負担額	健保補助額
生活習慣病健診 (胃部X線)	25,000円	7,500円	2,500円	15,000円
生活習慣病健診 (胃部なし)	13,000円	7,500円	2,500円	3,000円
乳腺超音波検査/マンモグラフィ検査	5,000円	0円	0円	5,000円
PSA検査	2,000円	0円	0円	2,000円
胃カメラ差額	3,000円	0円	0円	3,000円

【個人情報の取扱いについて】 当組合ホームページに掲載しております。

- ・本申込書に記載された個人情報については、本件以外の目的には利用いたしません。
- ・取得した健診結果は、当組合ホームページにおける個人情報保護方針に沿い、保健事業の実施に活用させていただきます。

上記内容について受診者の同意を取得の上、請求書のご提出をよろしくお願いいたします。

～次項の「添付書類」および「注意事項とお願い」について、提出前に必ずご確認ください。～

☆添付書類☆ 補助金請求をする場合は、下記書類を揃えて提出してください。

①請求明細表 ②健診結果の写し ③領収書の写し ④問診22項目（質問票）

☆注意事項とお願い☆

- ・ 契約外で生活習慣病健診を受診する際は、必ず当組合指定の検査項目を網羅していなければなりません。
- ・ 補助金は、毎月15日の給付金と併せて支給されます。