

契約外

人間ドック・(個人)がん検診 受診要領

	定期健診 の代用	人間ドック	子宮頸がん	乳がん	
対象者	35歳以上の組合員(本人・家族)		20歳以上の 組合員女性 (本人・家族)	30歳以上の組合員女性(本人・家族)	
検査内容	がんを含めた生活習慣病 全般の詳細健診 *検査は健診機関によって多少異なります		細胞診 (医師採取)	30歳以上	40歳以上
				視触診+超音波 (超音波単独可)	視触診+マンモグラフィ (マンモグラフィ単独可)
補助額	費用の50%(上限15,000円) ※市町村の健診は補助対象外		2,000円	2,000円	2,500円
オプション の補助額	子宮頸がん	2,000円	定期健診 の代用 とは…	定期健診の代わりになる検査です。	
	乳がん 超音波(30~39歳)	2,000円		人間ドック・脳ドック・定期健診 いずれかを年度に1回 受診して下さい。補助金も いずれか年度に1回のみ です。	
	マンモグラフィ(40歳以上)	2,500円		(重複受診の場合は補助金を請求させていただきます。)	

申込方法	①希望の健診機関へ各自で予約し検査を受け、費用を全額支払う	※1・領収書は返却いたしません。 ・検査料金を会社立替の場合
	②下記の補助申請書と領収書(コピー不可)と健診結果(コピー)を会社の担当者へ提出 (任意継続者は健保へ直接送付)	
	③補助金は会社経由で受取る(任継者は本人口座への振込)	
	☆申請期限：受診日から3ヶ月以内	

キリトリ

《契約外》

人間ドック・(個人)がん検診 補助申請書

健保組合は皆さまの健康状態を把握し、保健事業全体の企画や個々の保健指導のために活用させていただきます。健診の結果は事業所と、共同で利用します。また、結果は個人情報として責任を持って管理させていただきます。詳しくはホームページをご覧ください。

上記事項と補助金を会社経由で受領することを承諾の上、申込みいたします。 年 月 日提出

申請者記入欄	事業所名	保険証 記号	保険証 番号	
	受診者氏名	年度末 年齢	歳	被保険者 との続柄
	受診 医療機関名	受診日	年	月 日
	検査支払額	人間ドック	子宮頸がん	乳がん (受診検査に○印を記入)
円		円	超音波	マンモグラフィ
			円	

【人間ドックご受診の被扶養者・任意継続者のみ下記の間診にお答えください。】

問診	1. 現在、医師の指示で下記の薬を服用していますか。	2. 医師から下記疾病にかかっているといわれたり治療中 もしくは治療を受けたことがありますか。		
	(1) 血圧を下げる薬	はい・いいえ	(1) 脳卒中(脳出血、脳梗塞等)	はい・いいえ
	(2) 血糖を下げる薬またはインスリン注射	はい・いいえ	(2) 心臓病(狭心症、心筋梗塞等)	はい・いいえ
	(3) コレステロールや中性脂肪を下げる薬	はい・いいえ	(3) 慢性腎臓病・腎不全・人工透析	はい・いいえ
		3. 現在タバコを習慣的に吸っていますか。	はい・いいえ	

【提出ルート】



※任意継続の方は直接健保へ送付してください。

2021年3月作成 トヨタ関連部品健康保険組合