契約外

人間ドック・（個人）がん検診　受診要領

見本

☆申請期限：受診日から３カ月以内

	人間ドック 〈定期健診の代用として受診可〉	がん検診（女性）　人間ドックオプションまたは単独		
		子宮頸がん	乳がん	
対　象　者	35歳以上 本人・家族	20歳以上 本人・家族	30歳以上　本人・家族	
検査内容	がんを含めた生活習慣病 全般の詳細検査	細胞診 〔医師採取〕	30歳以上 超音波（エコー）	40歳以上 マンモグラフィ
補　助　額	費用の50%（上限15,000円）	2,000円	2,000円	2,500円

注意点

※市町村の健診は補助対象外です。

※人間ドックは定期健診の代わりになりますが、補助のご利用は年度内どちらか1回のみとなります。
重複受診の場合は補助金のお支払いができませんのでご了承ください。

※40歳未満の方が乳がんマンモグラフィ、また40歳以上の方が乳がんエコー実施の場合、補助額はエコー分です。

※人間ドックの検査内容は健診機関によって異なりますが、下記の基本検査項目を参考にご受診ください。

◆人間ドック基本検査項目◆　※病院によっては肺機能検査を中止しているところもあります。

身体測定、血圧、心電図、尿、眼底、眼圧、視力、聴力、胸部X線、肺機能検査（※）、腹部超音波、胃部X線（カメラ）、便潜血（２回法）、血液検査（貧血・肝機能・脂質・腎機能・糖代謝等）

申込方法

①希望の健診機関へ各自で予約し健診を受け、**費用を全額支払う**
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《任意継続の方は健保へ直接送付》
③補助金は会社経由で受け取る《任意継続の方はご本人の口座へ振込》

＊領収書は返却いたしません。
会社立替の場合、会社で原紙を確認の上、コピーでの提出可

キ　リ　ト　リ

《契約外》　人間ドック・（個人）がん検診　補助申請書

本申請書への記入内容は、受診・連絡先確認のために使用いたします。健診結果は皆様の健康状態を把握し、保健事業の企画や個々の保健指導に活用させていただきます。また、健診結果は事業所と共同で利用し、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HPをご覧ください。

記入例

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

事業所名	○○○○株式会社	保険証記号	1234	保険証番号	5678
受診者氏名	健保　花子	年度末年齢	55　歳	被保険者との続柄	家族
受診医療機関名	□□□□健診センター	受診日	2022　年　4　月　15　日		

検査支払額	人間ドック	子宮頸がん	乳がん（受診検査に○）	
			超音波	マンモグラフィ
	35,000 円	3,300 円		○
			4,400 円	

◆被扶養者（ご家族）・任意継続の方は下記のご記入をお願いします◆

※受診が被保険者（本人）の場合は記入不要

問診

1. 現在、医師の指示で下記の薬を服薬　は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		

住所	〒 123-4567 ○○県□□市△△町1丁目2－3	TEL	012-345-6789 日中連絡のつく番号をご記入ください

【提出ルート】

申請者	⇒	事業所担当者名	⇒	健保担当者

健保記入欄	
支給額	円

※任意継続の方は直接健保へ送付してください。

トヨタ関連部品健康保険組合（0565）41-8180

2023年2月作成