健保記入欄	支給額 円	契約外健診の料金 円 （うち対象外の金額） 円 **助成対象額** 円	常務理事	事務長	担当

健康保険 被保険者 / 被扶養者 契約外健診助成金支給申請書

※契約健診機関以外で健康診断を受診した場合は、当健保組合の定める検査項目をすべて含むものに限り、その実費（上限あり）を助成します。

記入日	令和 ● 年 12 月 22 日			対象年度	令和 ● 年度		
被保険者証記号・番号	記号 110	番号 1234567	受診者氏名 フリガナ ケンコウ リョウコ 健康 良子		生年月日 昭和・平成	年 50	月 1 日 24
					年度末年齢	（ 46 ）歳	
受診者住所	〒 ●●●－●●●● 愛媛県●●市●●･･･ 電話 090 （ ●●●● ） ●●●●				記入内容を修正する際は、二重線で抹消し訂正してください。 「配偶者」及び「その他」は、当健保組合の被扶養者に限ります。		
被保険者氏名	フリガナ ケンコウ タロウ 健康 太郎		続柄	本人 / 配偶者 ○ / その他	在籍事業所部署名	PHC株式会社 ●●事業部●●部･･･ 電話 ●● （ ●●●● ）●●●●	
受診日	令和 ● 年 12 月 21 日		受診した医療機関	名称	□□健診センター		
				所在地	愛媛県□□市□□･･･		
受診資格（受診日現在）※年齢は年度末	① 一般被保険者（35歳及び40歳以上74歳以下） ② 一般被保険者（35歳を除く39歳以下） ③ 任意継続被保険者（74歳以下） ④ 被扶養者（40歳以上74歳以下）				該当する受診資格の番号に○をします。		

検査内容

↓受けた健康診断の検査内容に該当する欄に○を記入してください。

	類別	指定検査項目	適否（受診資格別） ①	②	③	④
	【A類】	問診 診察 身体計測（身長、体重、BMI、腹囲） 血圧測定 視力検査 聴力検査 心電図 脂質（中性脂肪、HDL/LDLｺﾚｽﾃﾛｰﾙ） 肝機能（AST、ALT、γ-GTP） 糖代謝（空腹時血糖又はHbA1C） 尿（蛋白、糖） 血液（赤血球、血色素量） 胸部X線検査	×	○	○	○
○	【B類】	【A類】及び以下の検査項目 血液（白血球数、ヘマトクリット） 腎機能（クレアチニン、尿酸） 胃部X線 便潜血	○			

契約外健診申請事由

↓該当する事由の欄に○を記入してください。助成金の申請は次の(ｱ)～(ｳ)のいずれかに該当する場合に限り可能です。

○	(ｱ) 受診者の現住所から最寄りの契約健診機関までの往復に【 120 】分以上の時間がかかる ※(ｱ)の事由による申請は、最寄りの契約健【 】内に記入してください。 (ｱ)で申請するときは、往復の移動時間を必ず記入してください。
	(ｲ) 受診者の現住所から往復で90分未満の距離にあるすべての契約健診機関において、当年度末までの健診受診が困難 ※(ｲ)の事由による申請は、**2022年2月1日～2022年3月31日の期間内に受診した契約外健診のみ**認めます。
	(ｳ) 前2号の他、契約健診機関での受診が困難であると事業主が証明したとき ※(ｳ)の事由による申請は、**一般被保険者に限ります。**任意継続被保険者及び被扶養者は、(ｱ)または(ｲ)の事由で申請してください。

契約外健診の料金	27,000 円	※今年度の健康診断を受診済みの方は、契約外健診助成金の対象外です。 ※契約外健診助成金が支給された方は、当該年度の健康診断を受診したとみなします。 ※契約外健診助成金の支給上限額を上回る部分は受診者負担となります。

契約外健診助成金振込先

被扶養者は一律で25,000円が支給上限額です。

ム います。ただし、会社退職後の申請など特に事情がある場合は個人口座に直
項を記入してください。

振込先金融機関				
金融機関名	金融機関コード（ ）	銀行 信金 信組	支店番号（ ）	本店 支店

口座情報	
種別	普通 ・ 当座
口座番号	
ﾌﾘｶﾞﾅ	
口座名義	

【契約外健診助成金の申請に必要な書類】

1．契約外健診助成金支給申請書（本紙）
2．領収書（原本必須）
3．健診結果（全ページ必須、コピー可）
4．特定健康診査質問票（※年度末年齢が40歳以上の方は必須）
5．事業主の証明書（※一般被保険者のみ必須）

【契約外健診助成金制度について】

本制度は当健保組合の契約健診機関で健康診断を受けることが困難な方向けの措置です。契約外健診の場合、健診料金が当健保組合の支給上限額を超える可能性がありますので、できる限り契約健診機関をご利用ください。制度の詳細等については『健診・保健事業ガイドブック』をご確認ください。
『健診・保健事業ガイドブック』は当健保組合ホームページの「こんな時はどうする？」→「健康診断のご案内」に掲載しております。
●ホームページＵＲＬ→ https://www.phc-kenpo.jp/situation9.jsp

＜問い合わせ窓口＞※お問い合わせの際は、お手元に健康保険証をご用意ください。
●株式会社ＬＳＩメディエンスコールセンター 電話：0120-507-066 平日・土曜9時～17時30分まで（※日曜・祝日・年末年始休み）

【申請書送付先】 〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷5-23-15 A-PLACE代々木
PHC健康保険組合

受付日印

【申請書提出期限】 2022(令和4)年度の助成金の支給は**2023年4月21日**までに健保事務局へ到着した分をもって終了します。2023年4月22日以降に届いた申請は受付できません。

PHC健康保険組合