

|                        |       |            |   |      |     |    |
|------------------------|-------|------------|---|------|-----|----|
| 健康<br>保<br>険<br>組<br>合 | 支 給 額 | 契約外健診の料金   | 円 | 常務理事 | 事務長 | 担当 |
|                        |       | (うち対象外の金額) | 円 |      |     |    |
|                        | 円     | 助成対象額      | 円 |      |     |    |

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<br>記号・番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 記号 110<br>番号 1234567                                                                                              | 受診者<br>氏 名                                                                                                                                       | 健康 良子            |
| 受診者<br>住 所                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 〒 愛媛県 市<br>電話 090 ( )                                                                                             |                                                                                                                                                  |                  |
| 被保険者<br>氏 名                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 健康 太郎                                                                                                             | 続柄                                                                                                                                               | 本人<br>配偶者<br>その他 |
| 受診日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 令和 年 12 月 21 日                                                                                                    | 受診した<br>医療機関                                                                                                                                     | 名称<br>所在地        |
| 受診資格<br>(受診日現在)<br>※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)<br>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)                       |                                                                                                                                                  |                  |
| 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。                                                                                   |                                                                                                                                                  | 適否 (受診資格別)       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 【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<br>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)<br>尿 (蛋白、糖) 血液 (赤血球、血色素量) 胸部X線検査 | ① × ② ○ ③ ○ ④ ○  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 【B類】                                                                                                              | 【A類】及び以下の検査項目<br>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<br>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<br>※(ア)の事由による申請は、最寄りの契約健診機関に於いて、【】内に記入してください。                        |                                                                                                                                                  |                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | (イ) 受診者の現住所から往復で90分未満の距離にあるが、契約健診機関において、前年度末までの健診受診が困難<br>※(イ)の事由による申請は、2024年2月1日～2024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<br>※(ウ)の事由による申請は、一般被保険者に限りません。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<br>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。<br>※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。<br>※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<br>振込先                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 被扶養者は一律で25,000円が支給上限額です。                                                                                          |                                                                                                                                                  |                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 振込先金融機関                                                                                                           |                                                                                                                                                  |                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 金融機関名                                                                                                             | 銀行<br>信金<br>信組                                                                                                                                   | 本店<br>支店         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 金融機関コード ( )                                                                                                       | 支店番号 ( )                                                                                                                                         |                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 種別                                                                                                                | 普通 ・ 当座                                                                                                                                          |                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 口座番号                                                                                                              |                                                                                                                                                  |                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 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)<br>4. 特定健康診断質問票 (※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。<br>『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。<br>●ホームページURL→ <a href="https://www.phc-kenpo.jp/situation9.jsp">https://www.phc-kenpo.jp/situation9.jsp</a> |                                                                                                                   |                                                                                                                                                  |                  |
| <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。<br>●ウィーメックス株式会社コールセンター 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5-21-14 バリューHRビル3F PHC健康保険組合

受付日印

【申請書提出期限】 2024(令和6)年度の助成金の支給は2025年4月18日までに健保事務局へ到着した分をもって終了します。2025年4月19日以降に届いた申請は受付できません。