

## 人間ドック補助金申請書(パルコ・PSS・PDM)

(パルコ・PSS・PDM))

記入日	令和	年	月	日				
被保険者等 記号・番号	記号 3101・3102・3103 (いずれかに○)	番号	会社名					
被保険者の氏名			被保険者の 電話番号					
受診者	フリガナ	男	本人	生年月日	昭和			
	氏名	女	家族		平成	年	月	日
	検査費用	円	検査実施年月日		令和	年	月	日
	病院名							
添付書類	受診内容	添付書類(すべて添付してください)						
	基本ドック	①領収書(注:宛名「J.フロント健康保険組合」とし、受診者名、検査項目費用及び費用の内訳の記載があるもの)						
		②結果表(写し)						
③問診表(注:受診日の属する年度の末日において年齢が40歳未満の受診者は不要)								

対象者	J.フロント健康保険組合の被保険者・被扶養者(35歳以上)				
補助内容	補助対象となる検査	被保険者補助額	被扶養者補助額	補助回数	
	基本ドック	会社負担(法定項目) 8,800 本人負担 16,500+α 健保負担 上記の差額(上限22,000)	本人負担 16,500+α 健保負担 上記の差額(上限30,800)	年度内(4/1~3/31) 1人1回	
	がん検診	前立腺がん検診(50歳以上男性)	全額(上限3,190円)		7割(上限2,233円)
	基本ドックと セットのみ	子宮がん検診(35歳以上女性)	全額(上限5,500円)		7割(上限3,850円)
乳がん検診(35歳以上女性)		全額(上限6,600円)	7割(上限4,620円)		
支給日	毎月15日(土日祝の場合は前営業日)までに健保受付分を当月中に会社へ振り込みます。不備がある場合はその限りではありません。				

※基本ドックとは、脳・胃カメラなど含まないスタンダードなコース(胃部X線がなく胃内視鏡のコースしかない場合等、この限りではありません)

上記の通り、領収書原本(宛名がJ.フロント健康保険組合・人間ドックと明記したもの)を添付して請求いたします。

※ドック費用・がん検診の費用内訳が必須です

令和 年 月 日

J.フロント健康保険組合理事長 殿

事業所受領印

J.フロント健康保険組合 記入欄						
支給決定及び支払 同		基本ドック	前立腺がん検診 (50歳以上男性)	乳がん検診(女性)	子宮がん検診(女性)	合計
	費用		円	円	円	円
	被保険者	16,500 円	円	円	円	円
	事業所	8,800 円				円
	健保	円	円	円	円	支給決定額 円
	常務理事	事務長	担当	支払年月日 (和暦) 年 月 日		