

**【記入例】**

H-001 ( ) **【従業員：一般被保険者用】**  
 日立健康保険組合 御中

XXXX年度 健診（検診）費用補助金請求書（従業員個人立替用）

個人情報の取扱いに同意し、以下のとおり補助金を請求します。 ※毎月15日締切(到着分)、翌々月末払

1	提出日	〇〇〇〇年〇〇月〇〇日		※太枠線内をご記入ください。			
2	被保険者証	記号	1 0 0 0	番号	1 0 0 0 0 0 0 0		
3	被保険者氏名	(フリガナ) ケンボ マサミ		生年月日(西暦)			
3	事業所(会社)名称	株式会社〇〇〇〇		所属・電話			
4	メールアドレス	aaaaaaaaaaaaaaaa @ hitachi.com					
5	住所	〒 000-000 内容確認のため書類を送付する場合があります。受取可能な住所をご記入ください。					
5	連絡先	〇〇県〇〇市〇〇町1-1-1					
5	電話	000 - 000 - 0000 平日の日中に連絡がつく電話番号をご記入ください。					
6	受診機関名	〇〇病院健診センター		受診日	〇〇〇〇年〇〇月〇〇日		
7	検査項目	対象者(年度末年齢)	健診費用(税込)	健保補助額上限			
人間ドック	胃バリウム	35歳以上	39,960 円	28,520円			
	胃カメラ	35歳以上	円	28,520円			
定期健診35		35歳以上	円	*受診者負担なし			
定期健診B		34歳以下	円	*受診者負担なし			
子宮頸がん検査※		25歳以上女性	円	2,850円			
乳がん検査	乳房X線	30歳以上女性	6,000 円	3,570円			
	乳房超音波		円	3,570円			
	乳房X線+超音波		円	6,620円			
腹部検査(腹部超音波)		30歳以上	円	3,570円			
甲状腺機能検査(TSH、FT3、FT4など)			円	3,570円			
動脈硬化度検査	頸動脈超音波	35歳以上	円	2,550円			
	血圧脈波		円	2,550円			
	頸動脈超音波+血圧脈波		円	2,550円			
肝炎ウイルス検査(HBs抗原+HCV抗体)			円	2,040円			
肺がん検査(胸部CT)			円	7,130円			
ABC検診(胃がんリスク検査)			円	3,570円			
脳MR検査(頭部MRA+頭部MRI)		35、40、43、46、49、52、55、58、61、64、67、70、73歳の方	円	20,370円			
前立腺がん検査(PSA)		50歳以上男性	円	1,530円			
歯科検診(歯周病検診)		16歳以上	円	3,060円			
8	振込先口座(本人口座)	銀行	0 0 0 0	〇〇	銀行	預金	<input checked="" type="checkbox"/> 1.総合・普通 <input type="checkbox"/> 2.当座
		支店	0 0 0	〇〇	支店	口座	番号

※内診(または経膈超音波)+医師採取頸部細胞診

◆ 申請書送付先 ◆  
**【社外便】** 〒101-0031 東京都千代田区東神田2-10-15 リードシー東神田ビル  
 労働保健協会 事務センター 日立健保 従業員立替担当  
**【社内便】** (本) 健保(岩本町)事務センター 日立健保 従業員立替担当

支給決定額	円
支給予定日	年 月 日

H-001 ( )

次のような場合に、この申請書をご使用ください。  
 一般被保険者が健診(検診)費用を全額立替払いしたとき  
 (被扶養者の補助請求はこの様式ではおこなえません。)

- ◆注意事項  
 「一般被保険者の健診(検診)費用補助における個人情報の取扱いについて」をお読みいただき、同意の上、補助金請求をおこなっていただきますようお願いいたします。  
 なお、個人情報の取扱いに同意いただけない場合は、日立健保の健診(検診)費用補助制度を利用することが出来ません。ご了承ください。
- ◆記入要領(記入例の番号と照合してください)  
 ①事務センターへ提出する日を記入してください。  
 ②被保険者情報を記入してください。  
 ③勤務先の情報を記入してください。  
 ④連絡可能なメールアドレスを記入してください。  
 審査の過程で記入されたメールアドレスへご連絡する場合があります。  
 [@roudouhokenkyoukai.or.jp] から受信できるよう設定をお願いいたします。  
 ⑤連絡先住所、電話番号を記入してください。  
 提出書類に不備があった場合は、提出書類一式を返却する場合があります。  
 ⑥受診した健診機関名・受診日を記入してください。  
 審査の過程で受診内容を健診機関に確認する場合があります。予めご了承ください。  
 ⑦検査項目ごとに健診費用(税込)を記入してください。  
 ⑧被保険者本人の振込先口座を記入してください。
- ◆添付書類  
 (1)領収書の原本(レシート不可・要領取印)  
 ※領収書には以下6項目の記載が必要です。  
 ①受診年月日 ②健診機関名 ③受診者氏名 ④金額(健診内容毎の内訳)  
 ⑤但書き:「人間ドック代」等、受診した健診名(または検査名)の記載 ⑥領収印  
 (2)健診結果票コピー  
 ※補助請求検査項目とその検査数値(受診日・受診者名・健診機関名を含む)すべてのコピーが必要です。  
 (3)H-002「特定健康診査問診票」  
 ※人間ドックまたは定期健診の補助金請求の場合は提出が必要です。  
 (部位検診のみの補助金請求の場合は不要。)
- ◆送付先  
 事務センター宛に送付してください。  
 なお、紛失防止の観点から、簡易書留等で送付することをお勧めいたします。
- 【社外便】** 〒101-0031 東京都千代田区東神田2-10-15 リードシー東神田ビル  
 労働保健協会 事務センター 日立健保 従業員立替担当  
**【社内便】** (本) 健保(岩本町)事務センター 日立健保 従業員立替担当
- ◆請求期限  
 健診受診日の翌日から起算して2年以内に請求してください。(事務センター必着)
- ◆支払い  
 毎月15日(到着分)締切、翌々月末支払い(土・日・祝日の場合は前倒し)