西武健康保険組合御中

健保受付番号

検診費用補助金請求書

下記の通り実施致しましたので、検診費用補助金を請求いたします。

申請日	20　　年　　月　　日
会社の 住所 名称 電話番号	
所属	

検査項目			単価	人数	料金
胃		X線 または 内視鏡	円 ×	人 ＝	円
乳がん		X線 または 超音波	円 ×	人 ＝	円
子宮けいがん		子宮頸部細胞診	円 ×	人 ＝	円
前立腺がん	PSA	前立腺がん検査	円 ×	人 ＝	円
肝炎	HCV	C型肝炎	円 ×	人 ＝	円
貧血	WBC	白血球	円 ×	人 ＝	円
腎機能	CRE	クレアチニン	円 ×	人 ＝	円
痛　風	UA	尿酸	円 ×	人 ＝	円
合計金額					円

※注意事項

・対象者は西武健保の被保険者・被扶養者のみです。
・胃の検査はX線または内視鏡に限ります。
・胃の検査は40歳以上の方が対象で上限4,000円となります。
・乳がんはX線または超音波に限ります。
・乳がん、子宮けいがんは20歳以上の方が対象で上限3,000円となります。
・PSA検査は50歳・53歳・56歳・59歳・62歳・65歳・68歳・71歳・74歳の男性の方が対象で上限1，600円となります。
・HCV検査は50歳・55歳・60歳・65歳の方が対象で上限1，600円となります。
・胃の検査、PSA検査、HCV検査は3月31日時点での年齢の方が対象となります。
・WBC、CRE、UA検査は1項目ごとの上限が200円となります。
・補助金の請求は、1年度につき1人1項目あたり1回に限ります。
・必要により証拠書類の提出をお願いすることがあります。
・所属欄は、分割請求する場合に記入してください。

会社使用欄	
承認者	取扱者

健保使用欄				
常務理事	事務長	課長		取扱者

G07-202104