

8-3

検診費用補助

みなさまの会社で実施した健康診断のうち、下記検査項目を実施したときは、その費用を補助します。ただし、労働安全衛生規則第44条に該当する項目を除きます。

(1)補助対象

○会社の実施する健康診断に限ります。

(2)利用者の範囲

○被保険者

※西武健保加入事業所でアルバイト・パートタイマー等として勤務し、その事業所の健康診断を受診する被扶養者も含まれます。

○胃の検査は40歳以上の方となります。

○乳がん検査および子宮けいがん検査は20歳以上の方となります。

○PSA検査は、50歳、53歳、56歳、59歳、62歳、65歳、68歳、71歳、74歳の男性の方となります。

○HCV検査は、50歳、55歳、60歳、65歳の方となります。

※胃の検査、PSA検査及びHCV検査は、当該年度中(4月1日から翌年3月31日)に各年齢になる方が対象です。

(3)補助項目・金額

| 検査項目 | | | 補助額(上限) |
|-----------------|-----|---------|---------|
| 胃(X線または内視鏡) | | | 4,000円 |
| 乳がん(X線または超音波) | | | 3,000円 |
| 子宮けいがん(子宮頸部細胞診) | | | 3,000円 |
| 前立腺がん | PSA | 前立腺がん検査 | 1,600円 |
| 肝炎 | HCV | C型肝炎検査 | 1,600円 |
| 貧血 | WBC | 白血球 | 200円 |
| 腎機能 | CRE | クレアチニン | 200円 |
| 痛風 | UA | 尿酸 | 200円 |

※補助額は受診者1人あたりの金額です。ただし補助額に満たないときはその実費とします。

(4)申請方法

○「検診費用補助金請求書」(8-3-2参照)を西武健保へご提出ください。

(5)支給方法

○現金給付と同様に事業所宛にお振込いたします。

(6)利用限度

○1年度につき、1人1項目あたり1回に限ります。

(7)注意事項

○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。

○実施後は、速やかにご請求ください。

○分割請求する場合は、所属の欄をご利用ください。

検診費用補助金請求書

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 | 2021 年 4 月 1 日 |
| 会社の 住所 名称 電話番号 | 埼玉県所沢市くすのき台1-11-× 〇〇株式会社 04-2926-×××× |
| 所属 | |

| 検査項目 | | | 単価 | 人数 | 料金 |
|--------|-----|---------------------------|-----------|---------|-----------|
| 胃 | | X線 <small>または</small> 内視鏡 | 4,000 円 × | 100 人 = | 400,000 円 |
| 乳がん | | X線 <small>または</small> 超音波 | 3,000 円 × | 50 人 = | 150,000 円 |
| 子宮けいがん | | 子宮頸部細胞診 | 3,000 円 × | 50 人 = | 150,000 円 |
| 前立腺がん | PSA | 前立腺がん検査 | 1,600 円 × | 50 人 = | 80,000 円 |
| 肝炎 | HCV | C型肝炎 | 1,600 円 × | 50 人 = | 80,000 円 |
| 貧血 | WBC | 白血球 | 200 円 × | 150 人 = | 30,000 円 |
| 腎機能 | CRE | クレアチニン | 200 円 × | 150 人 = | 30,000 円 |
| 痛風 | UA | 尿酸 | 200 円 × | 150 人 = | 30,000 円 |
| 合計金額 | | | | | 950,000 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 |
| 印 | 印 |

| 健保使用欄 | | | | |
|-------|-----|----|--|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 課長 | | 取扱者 |
| | | | | |