記入例

契約外病院補助金支給申請書

健保受付番号

西武健康
下記

・出向者は出向元の会社名を記入
・任意継続者は「任意継続」と記入

・出向者は「(出向)出向先会社名」を記入
・任意継続者は記入不要

被保険者	保険証	記号 100 ― 番号 12345	氏　名	西武　太郎
	会社名	○○○○株式会社	所　属	○○部
受診者	フリガナ	セイブ　ハナコ	生年月日	(昭)・平　45 年 8 月 9 日
	氏　名	西武　花子	性　別	男・(女)　続　柄　妻
振込先指定口座	金融機関名	西武　(銀行)・金庫・農協 ( )		
	支店名	所沢　(支店)・本店・出張所 ( )		
	預金種別	(普通)・当座・( )		
	口座番号	7654321		
	口座名義	(カタカナ) セイブ タロウ		

被保険者名義の口座をご指定ください。
ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、
記号・番号(13桁)ではなく、
振込用の店名(漢数字3文字)・預金種別・
口座番号をご記入ください。

受診内容			料金内訳(円)	健保使用欄
	病院名	○○病院		
	受診日	2023 年 4 月 10 日		
	コース		料金内訳(円)	健保使用欄
	人間ドック	日帰りドック	44,000	
		1泊2日ドック		
	脳ドック			
	乳がん検診 (受診した項目に○をつけてください)→	エコー・(マンモグラフィー)	5,500	
	子宮がん検診	子宮けいがん検診		
		子宮体がん検診		
		子宮けいがん・子宮体がん検診(両方セット)	8,800	
	結果表文書作成料 (病院に支払った場合、その金額を記入してください)		1,100	
	その他 (補助対象外の金額を記入してください)			−
	領収書合計金額		59,400	

※受診後、太枠内をご記入の上、**領収書(原本)と結果表全ページ(コピー可)**を封筒に入れて会社担当者経由でご提出ください。
領収書には、**受診者氏名、受診日、受診した健診の種類とそれぞれの金額**を医療機関に明記していただいてください。領収書は返却できません。

《注意事項》

- 申請は受診日に西武健保の被保険者か被扶養者である方に限ります。
- 1年度につき、日帰りドック、1泊2日ドックのいずれかと、脳ドック、乳がん検診(エコーまたはマンモグラフィー)、子宮けいがん検診、子宮体がん検診、各1回の補助が受けられます。
  ただし、日帰りドック・1泊2日ドックの補助を受けた年度に巡回レディース健康診断のお申し込みはできません。
- 日帰りドック、1泊2日ドック、脳ドックはそれぞれの料金の半額(上限25，000円)、乳がん検診、子宮けいがん検診、子宮体がん検診は上限3，000円、子宮けいがん・子宮体がん検診(両方セット)は上限6，000円、結果表の文書作成料は全額を補助します。
- 乳がん検診はエコー(超音波検査)またはマンモグラフィー(乳房X線検査)のどちらか一方を対象とし、視触診・腫瘍マーカーのみの場合は補助の対象となりません。
- 人間ドックのコースに脳ドック、乳がん検診、子宮がん検診が含まれている場合、人間ドックのみの補助になります。
- **健康保険証を使用して受診した場合(保険診療)は、治療行為の一部とみなされますので、補助の対象となりません。**
- 上記以外のオプション検査については、全額自己負担となります。
- 受診料金の内訳を必ずご記入ください。
- 補助対象外の金額(視触診のみの乳がん検診・大腸がん検診など)はその他の欄にご記入ください。
- 会社で行う健康診断を兼ねての人間ドックは補助対象外となります。

会社承認欄	

〒359-0037　埼玉県所沢市くすのき台1-11-1

西 武 健 康 保 険 組 合

TEL　04-2926-3876　　FAX　04-2926-3878

健保使用欄				
常務理事	事務長	課長		取扱者

H02-202304