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みます。
- ○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、70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

	補助額(上限)						
胃(X線または内	4,000 円						
乳がん(X線また	乳がん(X線または超音波)						
子宮けいがん(-	子宮けいがん(子宮頸部細胞診)						
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)または、「健診費用補助金請求書(西武・プリンスホテルズワールドワイド用)」(8-3-3参照)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

- ○人数と検査内容のわかる証拠書類の提出をお願いします。
- ○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。

8-3 検診費用補助 8-3-1

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	2025	年	I	月	15 日
会社の 住所 名称	埼玉県所沢市 〇〇株式会社		き台I-	->	<
所属		0	つ支店		

	検査項	目	単価		人数		料金	
胃		X線 stelt 内視鏡	4,000	円×	100	人 =	400,000	円
乳がん		X線 stat 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	全額					950,000	円

※注意事項

- ・対象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·**70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。
- ・人数と検査内容等のわかる証拠書類の提出をお願します。
- ・所属欄は、分割請求する場合に記入してください。



健保使用欄						
常務理事 事務長 課長 取扱者						

8-3- 検診費用補助 8-3-2

検診費用補助金請求書(西武・プリンスホテルズワールドワイド用)

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

<u>(西武・プリンスホテルズワールドワイド用)</u>

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	2025	年	2	月	- 1	田
会社の 住所 名称	東京都豊島區 株式会社西記			_	-	イド
ホテル等 施設名	C	ロプリ	ンスホー	テル		

	検査項目		単価		人数	Ţ	料金	
胃		X線 sta 内視鏡	4,000	円×	100	人 =	400,000	円
乳がん		X線 stell 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・70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。
- ・人数と検査内容等のわかる証拠書類の提出をお願いします。
- ・所属欄は、分割請求する場合に記入してください。

担当	担当者 SPI 施設等				
SPI	ホテル 施設等				
ED	ED				

健保使用欄						
常務理事 事務長 課長 取扱者						

8-3 検診費用補助 8-3-3