

契約外病院補助金支給申請書

西武健康保険組合御中

下記の通り申請します。

被保険者	保険証	記号 — 番号	氏名	印		
	会社名		所属			
受診者	フリガナ		生年月日	昭・平	年	月 日
	氏名		性別	男・女	続柄	
振込先 (いずれか片方を記入してください)	ゆうちょ銀行	通帳記号番号	記号 — 番号	病院名		
		貯金者名(カナ)		受診日	平成	年 月 日
	その他		銀行・金庫・農協	コース	料金内訳(円)	健保使用欄
			支店・本店			
		金融機関の種類・本支店・口座種類は いずれかに○をしてください	普通・当座	1泊2日ドック		
口座番号		脳ドック				
口座名義(カナ)		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			
		子宮がん検診 (受診した項目に○をつけてください)→	子宮けいがん ・ 子宮体がん			
		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			

↑
被保険者名義の口座をご指定ください。

※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でください。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、子宮がん検診各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主婦健診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、子宮がん検診は上限3,000円を補助します。
- 乳がん検診はエコー(超音波検査)かマンモグラフィ(乳房X線検査)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。
- 子宮がん検診は子宮けいがんか子宮体がんを対象とし、経膈超音波・腫瘍マーカーのみの場合は補助の対象となりません。
- 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。

会社承認欄

〒359-0037 埼玉県所沢市くすのき台1-11-2

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