

薬業健保が直接契約している医療機関以外で受診する場合

疾病予防事業補助金制度【健診補助金】

理由（近隣・居住市内に契約医療機関がない等）があつて薬業健保が直接契約する医療機関で検査を受けられない場合、検査費用の一部を健保へ請求できます。

（詳細はホームページ等をご参照ください。）

●補助金請求（二次検査）に必要なもの

- ・ 疾病予防事業補助金請求書
- ・ 領収書の原本（「レシート」や「クレジットのお客様控え」は不可）
（保険診療扱いのものは対象外となります。100%自費で支払った領収書及び検査費用のわかる明細書を添付してください。）
- ・ 健診結果（二次検査の内容がわかるもの）
（コピー可。口頭による結果報告のみの場合は補助金請求ができません。）

※ 補助金は費用の全額を保証するものではありません。

原則として健診の基礎部分（血液、尿、胸部、胃部、心電図）の精密検査・経過観察は補助金の対象となりますが、下記のような場合は保険診療となります。

- ・ 初診料・再診料・文書料等
- ・ 一次健診（総合健診・単科検診）で、要治療と判断された場合
- ・ 一次健診（総合健診・単科検診）で、胃カメラを実施した場合
- ・ 一次健診の乳がん・子宮頸がん検査の二次検査
- ・ 一次健診の便潜血反応検査の結果、紹介状を渡された場合や、二次検査で大腸内視鏡（付随する諸検査含む）を実施する場合
- ・ 日帰り人間ドックで、二次検査が必要と判断された場合
- ・ 腹部超音波検査（単科検診）の二次検査
総合健診と同日に受診し、腹部超音波検査に所見があった場合は、総合健診の二次検査についても検査項目にかかわらず、すべて保険診療となります。
- ・ 乳がん・子宮頸がん検診（単科検診）の二次検査
- ・ 骨粗しょう症検診（単科検診）の二次検査
- ・ 既往歴・業務歴の調査、質問（問診）、自覚・他覚症状の検査、身体診察、身長、体重（BMI）、腹囲、眼科検査、耳鼻科検査の結果から、二次検査が必要と判断された場合
- ・ 一次健診を実施した医療機関以外（かかりつけ医等）で受診した場合
- ・ 二次検査に対応する医師がない等の理由で受診できない場合
- ・ その他、専門性の高い精密検査など

令和3年度（対象期間：令和3年4月1日～令和4年3月31日）の健診補助金の請求締切は

令和4年4月11日（月）必着です。

〈問合せ先〉

110-0015

東京都台東区東上野1-27-2

東薬健保健康開発センター

健診部 予防課 宛

☎ 03 (3833) 3272

疾病予防事業 補助金請求書

—申請の詳細については「健康保険事務の手引き」や当組合ホームページ等をご覧ください。—

ご請求の際は、①疾病予防事業補助金請求書 ②領収書の原本（所定の領収明細書でも可）
③健診結果（コピー可） ④総合健診利用書の原本（単科検診は不要） ⑤請求対象者名簿 が必要です。

被保険者証記号	事業所名 および 請求者名 （事業主名または届出ている代理人）	
	事業所名 _____	
	請求者名 _____ <small>（事業主名または届出ている代理人）</small>	
担当者名 および 連絡先		
担当者名 _____	☎ _____	（ _____ ）
振込通知書送付先住所 （日本国内）		〒 _____

健診実施年月日	医療機関所在地	医療機関名			
令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 受診	都・道 府・県	他			
総合健診	一次健診	二次検査	単科検診	一次検診	二次検査
定期健診	名	名	乳がん・子宮頸がん検診	名	名
生活習慣病健診	名	名	胃検診	名	名
生活習慣病女性健診	名	名	肝炎ウイルス検診	名	名
日帰り人間ドック	名	名	骨粗しょう症検診	名	名
家族健診	名	名	前立腺がん検診	名	名
特定健診	名	名	腹部超音波検査	名	名
			※ 脳検診	名	名
振込個人明細表の出力		1. 必要（出先・証番号順） 2. 必要（証番号順） 3. 不要			

※令和3年度の脳検診は令和3年4月2日～令和4年4月1日の間に、50歳、52歳、54歳、56歳、58歳、60歳、62歳、64歳、66歳、68歳、70歳、72歳、74歳となる誕生日を迎える方が対象です。

***令和3年度の健診補助金の請求締切は令和4年4月11日（月）必着です。**

振込先金融機関（日本国内に支店がある金融機関に限る。）

金融機関	銀行コード _____	支店	店番号 _____
	銀行・農協 信金・信組		支店
<input type="checkbox"/> 座種類	普通 ・ 当座 <small>（該当に○）</small>	<input type="checkbox"/> 座名義	
<input type="checkbox"/> 座番号	_____	必ずカタカナで ご記入ください	

*ゆうちょ銀行の場合は、通帳の表紙をめくった見開きページの銀行振込用の受取口座をご記入ください。

*口座名義がアルファベット表記の場合は、カタカナの記入はしないでください。

委任状 *補助金の受領を請求者以外に委任する場合は必ず「委任状」欄を記入し、押印してください。

本請求に基づく疾病予防事業補助金に関する受領を代理人に委任します。

請求者	事業所名 _____ 請求者氏名 _____	⑩	令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日
代理人	事業所名 _____ 代理人氏名 _____		

*本請求書に記入された内容は、本件以外には使用しません。個人情報の取り扱いについては、ホームページ等に掲載しています。

〔請求書送付先〕〒110-0015 東京都台東区東上野1丁目27番2号 東薬健保健康開発センター 疾病予防事業補助金係 ☎03(3833)3272

請求対象者名簿

被保険者証記号				
事業所名称				

●対象者 ※すべての項目について必ずご記入ください。

No.	保険証番号	氏名	種別 <small>どちらか〇で囲む</small>	健診種別	健診受診日	健診費用
1			本人・家族		令和 年 月 日	円
2			本人・家族		令和 年 月 日	円
3			本人・家族		令和 年 月 日	円
4			本人・家族		令和 年 月 日	円
5			本人・家族		令和 年 月 日	円
6			本人・家族		令和 年 月 日	円
7			本人・家族		令和 年 月 日	円
8			本人・家族		令和 年 月 日	円
9			本人・家族		令和 年 月 日	円
10			本人・家族		令和 年 月 日	円
11			本人・家族		令和 年 月 日	円
12			本人・家族		令和 年 月 日	円
13			本人・家族		令和 年 月 日	円
14			本人・家族		令和 年 月 日	円
15			本人・家族		令和 年 月 日	円
16			本人・家族		令和 年 月 日	円
17			本人・家族		令和 年 月 日	円
18			本人・家族		令和 年 月 日	円
19			本人・家族		令和 年 月 日	円
20			本人・家族		令和 年 月 日	円
21			本人・家族		令和 年 月 日	円
22			本人・家族		令和 年 月 日	円
23			本人・家族		令和 年 月 日	円
24			本人・家族		令和 年 月 日	円
25			本人・家族		令和 年 月 日	円
請求対象人数					人	

領 収 明 細 書

総合健診	単価（税込）	一次健診	二次検査	単科検診	単価（税込）	一次検診	二次検査
定期健診	円	名	名	乳がん・子宮頸がん検診	円	名	名
生活習慣病健診	円	名	名	胃検診	円	名	名
生活習慣病女性健診	円	名	名	肝炎ウイルス検診	円	名	名
日帰り人間ドック	円	名	名	骨粗しょう症検診	円	名	名
家族健診	円	名	名	前立腺がん検診	円	名	名
特定健診	円	名	名	腹部超音波検査	円	名	名
	円	名	名	脳検診	円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名
	円	名	名		円	名	名

領 収 書 貼 付 用 紙

※領収書は原本を重ねられないように貼付し、領収書の枚数に応じて貼付用紙はコピーしてお使いください。

の

り

し

ろ

疾病予防事業補助金請求書用

※必ず「のりしろ」上にのり付けし、はがれないようにお願いいたします。