

グループリーダー	担当者
支給決定額	円

安田日本興亜健康保険組合  
 保健事業G【補助金支給申請書】担当  
 提出先社内便物流コード：Z19652

会社名 \_\_\_\_\_

被保険者名 \_\_\_\_\_

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

## 肺がん検診 補助金支給申請書

	記号		番号	
フリガナ				
受診者名	(被保険者) ・ (被扶養者)			
受診日	令和	年	月	日
	生年月日	昭・平	年	月
受診医療機関名				

### 【補助金申請の注意事項】

#### 1. 必要添付書類

- ①「肺がん検診結果表のコピー」または所定の「安田日本興亜健保肺がん検診受診証明書」
  - ②領収明細書（原本）または支払証明書（原本） ※コピー不可。
- ※①は、個人情報保護の観点から保健事業以外の目的には利用しません。

#### 2. 補助金支給の対象者

35歳以上(24年度に35才になる方も含む) の被保険者・被扶養者（年度内に1回のみ）

#### 3. 対象コース・検査項目

肺がん検診：胸部CT検査（喀痰検査は対象外）

#### 4. 補助金支給限度額

利用内容	自己負担金	補助金上限額
肺がん検診	3,000円	13,500円（税込）

注) 但し、補助金上限額を超えた場合、差額は自己負担金（3,000円）に加算されます。

#### 5. 支給方法

当組合の規程に則り、補助金は事業主を通じて被保険者に支給します。

任意継続の方は、取得申請時に登録された「給付金」指定口座に振り込みます。

#### 6. 補助金申請対象期間

①受診日：各年度4月1日～翌年3月31日

②提出締切日：翌年6月30日（健保必着）

※保険診療（マイナ保険証、保険証、資格確認書を使用して受診）の場合は、補助金支給対象外となります。

【補助対象外（3割負担）となる領収書（例）】

領 収 証									
患者番号		氏 名				請求期間（入院の場合）			
		様				年 月 日 ~ 年 月 日			
受診科	入・外	領収書No.	発行日		費用区分	負担割合	本・家	区分	
			年 月 日			30%			
保 険	初・再診料	入院料等	医学管理等	在宅医療	検 査	画像診断	投 薬		
	291 点	点	点	点	530 点	点	点		
	注 射	リハビリテーション	精神科専門療法	処 置	手 術	麻 酔	放射線治療		
	点	点	点	点	点	点	点		
	病理診断	その他	診断群分類（DPC）	食事療養	生活療養				
	点	点	点	円	円				
保 険 外 負 担	評価療養・選定療養	その他		保 険		保 険 (食事・生活)	保 険 外 負 担		
				8,210 円		円	円		
	(内訳)	(内訳)		2,460 円		円	円		
				領収額 合 計		円			

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇  
 〇〇〇病院 〇〇〇〇  
領収印

- ・「負担割合」が「30%」または「3割」となっている。
- ・「保険」に点数や金額が入っている。