

人間ドック・がん検診等利用申込書兼補助金申請書

※提出前に、申請資格の確認をお願いいたします※

●毎年定期健診または特定健診を受けている(海外在勤者除く)

受診前申請をされていない方は、
補助金申請は認められません。
(全額自己負担となります。)

受診前に記入する欄	申込年月日	年 月 日		受診者区分	国内居住者 / 海外居住者			
	保険証No.	記号	番号	受診者が国内居住者の場合は右欄に記入	直近の定期(特定)健診受診日 年 月 日			
	会社名(部署名)	()		勤務先電話番号	()			
	(フリガナ)			区分	生年月日	性別		
	被保険者氏名			本人	昭和・平成 年 月 日生	男・女		
	(フリガナ)			区分	生年月日	性別		
	受診者氏名			本人・家族	昭和・平成 年 月 日生	男・女		
	受診予定日	年 月 日						
受診予定機関								
受診予定項目	人間ドック / 脳ドック / ガンドック / 市町村がん検診 / PET / 胃の内視鏡のみ / 線虫がん検査 オプション()							
申請書の返送先住所(自宅か職場の連絡のとれる所) 丁寧にはつきりと	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 海外勤務者の国内連絡先 <input type="checkbox"/> 職場	電話又は携帯 () 住所 〒						
健保記入欄	受診可否	<input type="checkbox"/> 受診可 <input type="checkbox"/> 受診不可:理由(前年度の定期(特定)健診未受診・事後申請) <input type="checkbox"/> その他()				連絡日: TEL / Mail / 郵送		
受診後に記入する欄	人間ドック	受診した日	年 月 日	受診機関名				
		受診区分	人間ドック / 脳ドック / ガンドック / PET / 胃の内視鏡のみ オプション()					
			税込受診費(実費記入)	$\times 0.7$ (実費の7割)	=	① ¥	(100円未満切り捨て)	
	市町村がん検診	受診した日	年 月 日	受診した市区町村名	都・道府・県	市・区・町・村		
		検診項目を○で囲んでください			税込受診費(実費)	上限額	100円未満切捨て	
		1項目	胃・肺・大腸・乳・子宮・その他()	¥	¥2,000	≥	¥	
		2項目	胃・肺・大腸・乳・子宮・その他()	¥	¥2,000	≥	¥	
		3項目	胃・肺・大腸・乳・子宮・その他()	¥	¥2,000	≥	¥	
	*市町村がん検診は何項目でも申請が可能ですが、各項目とも健保組合の上限補助額は2,000円までです。			合計	② ¥			
線虫がん検査	受診した日	年 月 日	③ ¥		=実費(検査料金+集荷費用) $\times 0.7$			
申請額	人間ドック分	市町村がん検診分	線虫がん検査	合計請求額	*但し、請求金額に拘わらず、健保組合の上限補助額は2年間で70,000円までです。			
	① ¥	② ¥	③ ¥	¥				
健(検)診費用領収書原本を添えて請求いたします。 (領収書には受診者氏名・受診日・医療機関名・健(検)診代・であることが明記されていること)								
年 月 日 受診者氏名								
健保記入欄	前回までの支給額	人間ドック分	支給決定額	常務理事	事務長	担当 担当 受付日		
	¥	¥	¥					
		市町村がん検診分						
		¥						

2023/4/1

【申込先】 近畿日本ツーリスト健康保険組合まで郵送等でお申込みください。補助金申請時は必ず郵送願います。
住所 〒101-0024 東京都千代田区神田和泉町1-13 住友商事神田和泉町ビル14階
E-mail: kenpo@gp.knt.co.jp FAX: 03-6845-3702

【個人情報について】 当健保のプライバシーポリシーは、健保ホームページ (<http://www.kntkenpo.org>) をご参照下さい

当組合は、個人情報保護法に基づき、取得した健診結果等の個人情報を適切に保護管理し、被保険者及び被扶養者の健康の保持・増進のための事業に活用いたします。

当組合では、本申込書の受診者が上記個人情報の利用について同意したものと取り扱います。

【ご不明な点は以下までお問い合わせください。】

TEL: 03-6852-2175