

健診利用補助金支給申請書（従業員）

被保険者証記号・番号	—	日中連絡がとれる電話番号	
被保険者名		メールアドレス	
健診受診者名		受診年月日	年 月 日
生年月日	年 月 日	受診した医療機関名	

※本申請書内記載の個人情報については健保組合の保健事業に活用する可能性があります。

■該当する健診に○をして、受診金額を記入してください

健診コース	対象	対象年齢	健診受診金額（税込）	自己負担（税込）	健保記入欄
定期健診	従業員	全年齢	円	無料	
人間ドック	従業員	35歳	円	補助上限超過分（※1）	
		36歳以上	円	補助上限超過分（※2）	
				12,200円（※3）	
				健診費用の30% ※100円未満は切り捨て（※4）	
				6,100円（※5）	

- ※1 補助上限48,420円
※2 健診費用が48,421円以上の場合、補助上限36,220円
※3 健診費用が40,667円～48,420円の場合
※4 健診費用が20,667円～40,666円の場合
※5 健診費用が20,666円以下の場合

【参考】人間ドック費用補助一覧

健診コース	対象	対象年齢	人間ドック費用補助（税込）	自己負担（税込）
人間ドック	従業員	35歳	上限48,420円	補助上限超過分
		36歳以上	[健診費用48,421円以上] 上限36,220円	補助上限超過分
			[健診費用40,667～48,420円] 健診費用－12,200円	12,200円
			[健診費用20,667～40,666円] 健診費用－自己負担額	健診費用の30% ※100円未満は切り捨て
			[健診費用20,666円以下] 健診費用－6,100円	6,100円

オプション項目は裏面に続きます。

オプション項目

健診コース	対象	対象年齢	該当に○	健診受診金額（税込）	自己負担（税込）	健保記入欄
ABC検診（胃がんリスク検査）	従業員	35歳以上		円	補助上限超過分 ※上限3,570円	
腹部検査（腹部超音波検査）	定期健診受診の従業員	30歳以上		円	補助上限超過分 ※上限3,570円	
	ミニドック健診受診の従業員			円		
脳MR検査（頭部MRI・MRA）	従業員	節目年齢（※1）		円	補助上限超過分 ※上限20,370円	
肺がん検査（胸部CT）	従業員	35歳以上		円	補助上限超過分 ※上限7,130円	
子宮頸がん検査 ①子宮頸部細胞診または ②子宮頸部細胞診＋経膣超音波 ※細胞診は医師採取に限る	従業員女性	全年齢		円	補助上限超過分 ※上限3,000円	
乳がん検査 ※2 （乳房超音波）	従業員女性	全年齢		円	補助上限超過分 ※上限4,500円	
乳がん検査 ※2 （マンモグラフィー）	従業員女性	全年齢		円	補助上限超過分 ※上限5,500円	
動脈硬化度検査 （頸動脈超音波または血圧脈波）	従業員	35歳以上		円	補助上限超過分 ※上限2,550円	
肝炎ウイルス検査 (HBs抗原＋HCV抗体)	従業員	35歳以上		円	補助上限超過分 ※上限2,040円	
甲状腺機能検査(甲状腺ホルモン)	従業員	35歳以上		円	補助上限超過分 ※上限3,570円	
前立腺がん検査(PSA)	従業員男性	50歳以上		円	補助上限超過分 ※上限1,530円	
胃がん検査 (胃部X線検査または内視鏡検査)	定期健診受診の従業員	全年齢		円	補助上限超過分 ※上限7,130円	

※1 節目年齢は「35・40・43・46・49・52・55・58・61・64・67・70・73歳」(35歳および40歳からの3歳刻み)

対象年齢は「基準日：当該年度3月31日現在における年齢」です。

※2 マンモグラフィと乳房超音波は両方受診も可能です。両方受診の場合、合計に対して上限10,000円が補助となります。

申請書提出期日 原則当該年度内に申請をお願いいたします。

この精算書と一緒に「領収書（写し）」と「健診結果表（写し）」をプロテリアル健康保険組合まで
送料自己負担で郵送してください。 健診結果は要配慮個人情報のためPDF等のメールでの提出は受付しません。

■提出先／お問い合わせ先

プロテリアル健康保険組合

〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷5-21-14 バリューHRビル B1F

TEL03-5990-2182

健康保険組合記入欄

補助金額	円
振込金額	円
振込日	月 日

常務理事	事務長	担当者	担当者