

健診利用補助金支給申請書

(被保険者：地方在住者で近隣に医療機関施設がなく、事前に会社から承認を得た場合のみ利用可能となります。)

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	

■振込先記入機関※被保険者名義の口座を記入してください

金融機関名		支店名	
普通 ・ 当座	口座番号	口座名義(カナ)	

■該当する健診に○をして、受診金額を記入してください※契約外医療機関での受診の場合、補助上限には制限があります（基本健診・人間ドック・特定健診・レディース健診）

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
基本健診	被扶養配偶者・被扶養者 ※任継含む ※被保険者は自己負担なし	被扶養配偶者：全年齢 被扶養者：30歳以上	円	2,000円	
人間ドック(胃部検査無し)	被扶養者 ※任継含む ※被保険者は自己負担なし	35歳以上	円	6,000円	
人間ドック(胃部検査あり・X線)	被扶養者 ※任継含む ※被保険者は自己負担なし	35歳以上	円	8,000円	
人間ドック(胃部検査あり・内視鏡)	被扶養者 ※任継含む ※被保険者は自己負担なし	35歳以上	円	10,000円	
特定健診	男性被扶養者 任継被保険者・任継被扶養者	40歳以上	円	なし	

オプション項目

■オプション検査					
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
子宮がん検査（+経膈エコー）	被保険者(任意継続含む)	全年齢		円	0円
	被扶養者(任意継続含む)			円	1,000円
乳がん検査（エコー）	被保険者(任意継続含む)	全年齢		円	0円
	被扶養者(任意継続含む)			円	1,000円
乳がん検査（マンモ）	被保険者(任意継続含む)	40歳以上		円	0円
	被扶養者(任意継続含む)			円	1,000円
	被保険者(任意継続含む)	40歳未満		円	2,000円
	被扶養者(任意継続含む)			円	3,000円
乳がん検査（エコー＆マンモ）	被保険者(任意継続含む)	40歳以上		円	0円
	被扶養者(任意継続含む)			円	2,000円
	被保険者(任意継続含む)	40歳未満		円	2,000円
	被扶養者(任意継続含む)			円	4,000円
大腸内視鏡検査	人間ドック受診者	50歳以上		円	12,000円
腹部超音波検査	基本健診受診者	30歳		円	10,000円
脳MR検査	人間ドック受診者	40歳以上(偶数年齢)		円	5,000円
肺CT検査	人間ドック受診者			円	4,000円
心臓超音波検査	人間ドック受診者			円	2,000円
ピロリ菌検査	被保険者	35歳以上		円	健診費用から650円を引いた金額
	被扶養者			円	
PSA検査	被保険者	40歳以上		円	健診費用から790円を引いた金額
	被扶養者			円	
歯科検診	被保険者	全年齢		円	0円
	被扶養者	16歳以上		円	

申請書提出期限日 健診受診日翌日より3か月以内 必着

※健診結果表が未着で遅れる場合は健保へ連絡してください。

この精算書と一緒に「領収書」と「健診結果表」と「健康診査問診票」をメルカリ健康保険組合まで送料自己負担で郵送してください。健診結果等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

メルカリ健康保険組合

〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷5-23-5

TEL 03-5990-2185

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