

契約医療機関外 各種ドック (社外人間ドック・脳・肺・心臓ドック) 補助金申請書

この書類は、契約医療機関外で人間ドック・脳ドック・肺ドック・心臓ドックを受け、受診者が全額自己負担した際に補助金を申請するものです。(※ご利用前に必ず下記<利用条件>のご確認をお願いいたします)

<利用条件>

	① 社外人間ドック	② 脳ドック	③ 肺ドック	④ 心臓ドック
対象者 (当健保加入者に限る)	20歳以上の本人 (家族・任意継続者は除く)	40歳以上の本人・家族	本人・家族(年齢制限なし)	50歳以上の本人・家族
補助額	健診料金の50%(上限20,000円) ※1,000円未満切捨	脳ドック料金から10,000円を差し引いた額 (上限40,000円) ※100円未満切捨	肺ドック料金から5,000円を差し引いた額 (上限20,000円) ※100円未満切捨	心臓ドック料金から10,000円を差し引いた額 (上限20,000円) ※100円未満切捨
利用頻度	1年度内(4~3月)に1回	3年度内(4~3月)に1回		
振込先	給与口座	給与口座(任意継続の方は健保登録の口座)		
支払日	各月15日到着分を当月末に支払い、または月末到着分を翌15日に支払い (5・8・1月の長期連休の場合は15日の支給日は20日になります)			
備考	事業所健診とは別に個人で人間ドックを受診された場合費用の一部を補助いたします。	健保が契約している医療機関で受診する場合は申込書が異なります。 (インターネットで「トヨタ車体健康 脳(肺)ドック」で検索してください。)		「心臓健診」「心臓フェック」等、心臓に特化した内容であれば可

記号 - 番号	—				
被保険者氏名					
~ 以下、受診者情報記入 ~					
受診者氏名					
電話番号	※電話番号は日中連絡可能な連絡先				
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	年齢 歳
受診予約日	令和 年 月 日	受診医療機関			
本人 ↓	家族 ↓	各種ドック内容	健診料	必要書類(個人情報保護のため郵送推奨)	
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	① 社外人間ドック	円	<input type="checkbox"/> 領収書の原本 ※健診日・健診受診者名(追加オプションの健診名)・費用総額の記載があるもの <input type="checkbox"/> 健診結果のコピー(全てをコピーしてください。コピーは白黒で構いません。) <input type="checkbox"/> 質問票(裏面をご確認ください)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	② 脳ドック	円	<input type="checkbox"/> 領収書の原本 ※健診日・健診受診者名(追加オプションの健診名)・費用総額の記載があるもの	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	③ 肺ドック	円	<input type="checkbox"/> 領収書の原本 ※健診日・健診受診者名(追加オプションの健診名)・費用総額の記載があるもの	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	④ 心臓ドック	円	<input type="checkbox"/> 領収書の原本 ※健診日・健診受診者名(追加オプションの健診名)・費用総額の記載があるもの	

★1. 予約の取消、受診日の変更は、速やかに健保組合と医療機関にご連絡ください。(連絡がない場合、医療機関にご迷惑がかかります)

健保使用欄	健保補助額		支払日
	① 社外人間ドック:	円 × 50% =	円 (上限20,000円) ※1,000円未満切捨
② 脳ドック:	円 - 10,000円 =	円 (上限40,000円) ※100円未満切捨	
③ 肺ドック:	円 - 5,000円 =	円 (上限20,000円) ※100円未満切捨	
④ 心臓ドック:	円 - 10,000円 =	円 (上限20,000円) ※100円未満切捨	
	合計支払額:		円

①社外人間ドックの申請をされる方は裏面もご確認ください。

～ 質問票 ～

※①社外人間ドックの申請をされる方はこちらの質問票も一緒にご提出ください

質問		回答			
1	既往歴について	<input type="checkbox"/>	あり (病名: _____)	<input type="checkbox"/>	なし
2	自覚症状について	<input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/> 肩こり <input type="checkbox"/> 腰痛 <input type="checkbox"/> 目の痛み <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> その他 (_____)	<input type="checkbox"/>	なし
3	現在、(a)～(c)の薬の使用有無について				
	(a) 血圧を下げる薬(高血圧の薬)	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
	(b) インスリン注射または血糖を下げる薬	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
	(c) コレステロールや中性脂肪を下げる薬	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
4	喫煙の有無について 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 ※条件1・2を満たす場合 (条件1: 最近1か月間吸っている 条件2: 生涯で6か月以上吸っている、 または合計100本以上吸っている)	<input type="checkbox"/>	はい (条件1と条件2を両方満たす)	<input type="checkbox"/>	いいえ
		<input type="checkbox"/>	以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない (条件2のみ満たす)		
		<input type="checkbox"/>	いいえ		

★2. 受診結果は健保業務以外の目的には使用しません。

2025.4月改定