

各事業場人間ドック担当者行き

婦人科・脳ドック・PSA 検査・ABC 検診利用補助申請書

* 太枠内を全て記入のうえ、領収書（原本）は裏面に糊付けしてください。

被保険者証 の記号及び 番号	記号	番号	事業場 の名称	1. 株式会社ダイセル（事業場名） 2. ポリプラスチック株式会社 3. ダイセル新井ケミカル株式会社 4. その他Gr会社（会社名）							
利用者氏名				生年 月日	昭 平 令	年	月	日	続 柄	本 人	男 女
利用者住所	〒 市 ()										
受診項目	婦人科検診・脳ドック・PSA 検査・ABC 検診										
受診日	年 月 日			受診病院名							
<p>ダイセル健康保険組合理事長殿</p> <p>上記の利用補助を申請致します。</p> <p>年 月 日</p> <p>被保険者氏名</p>											

<健康保険組合使用欄>

支給及び一部負担金決定伺											
負担額①		円	決定年月日		年 月 日						
補助額 ②	婦人科項目	10,000円	常務理事	事務長	担当者	労務担当者 確認印	結果報告 確認印				
	脳ドック	60,000円									
	PSA 検査	3,000円									
	ABC 検診	5,000円									

※負担額①が補助額②を下回る場合は負担額①の金額

* 婦人科項目・ABC 検診の補助は全ての被保険者・被扶養者が**年齢制限なく**対象となります（毎年補助）。

* 脳ドックの補助は、50 歳以上の被保険者（本人）のみ 3 年に 1 回対象となります。

* PSA 検査の補助は、50 歳以上の被保険者・被扶養者が対象となります（毎年補助）。