

人間ドック利用補助申請書

***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.ポリプラスチックス株式会社富士工場 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)				
					生年 月日	昭 平 令	年 月 日	続 柄	本 家 族 (人)
利用者住所	〒 () TEL ()								
受診コース	1泊2日コース・日帰りコース		人間ドック受診日	年 月 日					
人間ドック受診 医療機関名			ドック結果提出日	年 月 日					
			補助対象オプション受診有無	有 【 婦人科・脳ドック・PSA・ABC 】 無					
【人間ドック検査結果報告書の提出について】提出確認のため、□にチェックを入れて下さい。 <input type="checkbox"/> 人間ドック検査結果報告書【写】を健康相談室(家族分は経由)と健保組合へ提出します。									
ダイセル健康保険組合理事長殿 <p style="text-align: center;">上記により人間ドックの利用補助を申請致します。</p> 年 月 日 被保険者氏名									

<健康保険組合使用欄>

支給及び一部負担金決定伺

人間ドック負担額①		円	決定年月日		年 月 日		
補助額 ②	本人	30,000円	常務理事	事務長	担当者	労働担当者 確認	結果報告 確認 印
	家族	30,000円					
オプション負担額③		円					
補助額 ④	婦人科項目	10,000円	支給合計額	円			
	脳ドック						
	50歳以上の方	60,000円					
	PSA検査	3,000円					
	ABC検査	5,000円					
※負担額が補助額を下回る場合は、負担額の金額							

- * 提出する人間ドック検査結果報告書【写】に別紙の問診項目、検査項目が含まれない場合は、不足項目について別紙に記入回答の上、人間ドック検査結果報告書【写】と併せて提出下さい。
- * 人間ドック検査結果報告書【写】は健康保険組合に1部、定期健診代替の場合は事業場健康相談室(※1)に1部を提出後、本申請書を事業場担当者へ提出して下さい。
- * 補助対象オプションを受診された方は、人間ドックとオプション項目のそれぞれの金額がわかるものを添付してください。
- ・脳ドックの補助は、3年に1回、50歳以上の被保険者に特別補助があります。
- ・PSA検査とABC検査の対象者は50歳以上の被保険者、被扶養者です(毎年補助)。
- 尚、婦人科項目の補助対象については、年齢制限はありません。

(※1)健康相談室が無い事業場は申請書と共に事業場担当者へ提出して下さい。 2021. 10改定