

## ☆☆☆ 人間ドック等補助金制度の申請について ☆☆☆

### ＜申請方法＞

- ①まずご自身で病院へ受診日の予約をお願い致します。
- ②オプション検査（胃カメラや脳・肺ドック、婦人科健診等）を希望される方は、ご予約時に申し出てください。
- ③申請用紙に必要事項を記入の上、FAX、社内メール、または郵送にて申請してください。

### ＜注意事項＞

- ★健保組合へ申請なく受診された場合は、健保組合から補助は行ないません。（事後申請不可）
- ★当健保より病院へ補助料金等の事前連絡を行うため、**申請は受診予約日の14日以上前に必ず終了してください。**  
（受診日まで14日間を満たさない場合は、基本的に受付できませんので、ご了承ください。）

### ■健保補助金額等について

健診名称	資格要件	回数制限	自己負担額※1	健保補助上限金額
1日(半日) 人間ドック	(30歳以上)被保険者期間が1年以上 (30歳未満)被保険者期間が3年以上 (30歳以上の配偶者)認定期間が1年以上	20代＝3年度内に1回のみ 30代＝2年度内に1回のみ 40代以上＝各年度に1回	健診費用(胃カメラ・PSA等オプション検査を含む)から健保補助上限額を引いた額	35,000円
婦人科健診	被保険者または認定期間が1年以上 (20歳以上、単独受診可)	各年度に1回のみ	健診費用から健保補助上限額を引いた額	12,000円
肺ドック	40歳以上の方 被保険者または認定期間が1年以上	各年度に1回のみ		10,000円
脳ドック	40歳以上の方 被保険者または認定期間が1年以上	3年度内に1回のみ		15,000円

※1・・・補助上限金額以下であれば、自己負担なし

- ★上記の年齢・被保険者期間については、受診日時点とします。
- ★配偶者の方が、アイフル健保が主催する被扶養者健診を受診されると、人間ドックは全額自己負担となります。  
二重受診が発覚した場合は、補助金額の返還を求める場合もございますので、ご注意ください。
- ★対象となるのは1日（日帰り）人間ドックのみです。宿泊ドックは補助の対象ではありません。
- ★予約をキャンセル、又は受診日を変更する場合は必ず病院と健保組合へ連絡をお願いします。
- ★病院への補助金支払方法など詳細については、申請確認後、健保より病院へ連絡いたします。
- ★以下の場合は、補助金が支給されません。お間違いのないようお願いします。
  - ①事後申請の方（受診してから申請された場合は、原則全額自己負担）
  - ②健保へ申請した以外の検査を当日追加受診された方（当日追加分は全額自己負担）
  - ③受診日にアイフル健保の資格がない方（被扶養者・任継の方は、特にご注意ください）

### ○お問合せ先

〒600-8420  
アイフル健康保険組合 京都府京都市下京区烏丸通五条上る高砂町381-1  
電話：075-353-0211 FAX：075-371-2121  
営業時間 9：00～18：00（土日祝休み）

# アイフル健保組合 人間ドック補助金申請書【郵送・FAX・社内メール専用】

★病院への予約・申請方法・注意事項の確認はお済ですか？

受付番号：

★社内書式から申請が行える方は、この申請用紙は提出不要です。

申込日（予約の電話をした日）		
予約病院情報	病院名	
	郵便番号	
	住所	
	電話番号	
	受診日（予約日）	
予約した健診内容	予約された健診項目にチェックを入れてください。 ※リスト以外の病院で受診される場合は、健診項目ごとに税込み料金を必ず入力してください。	
	料 金	
	<input type="checkbox"/> 人間ドック	円
	<input type="checkbox"/> 肺ドック	円
	<input type="checkbox"/> 脳ドック	円
	<input type="checkbox"/> 乳がん 触診	円
	<input type="checkbox"/> 乳がん 超音波	円
	<input type="checkbox"/> 乳がん マンモグラフィ	円
	<input type="checkbox"/> 子宮がん検査	円
	<input type="checkbox"/> PSA(前立腺がん)	円
<input type="checkbox"/> オプション検査・その他	円	

★保険証に記載されている記号番号、資格取得年月日を必ずご記入ください。

保険証	記号	
	番号	
	資格取得年月日	
受診者の情報	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	受診者の区分	本人・男      本人・女      被扶養者である妻
	連絡先	
本人の所属・役職等	所属会社	
	所属部署名 (任意継続の方は自宅住所)	
	日中の連絡先	
	雇用区分	正社員      嘱託社員      契約社員      任意継続
	役職	
	社員番号	
	入社日	
特定健診受診の有無	受診した( 年 月 日) ・ 受診していない	
備考欄	※健保組合への連絡事項等がある場合にご記入ください。	

■お問合せ・送付先

京都府京都市下京区烏丸通五条上高砂町381-1 アイフル健康保険組合 TEL:075-353-0211/FAX:075-371-2121

入力印	担当

受付日付
------