

人間ドック・がん検診利用補助申請書【事前申請制】

[補助対象者]

年度末（翌3/31）現在の年齢が30歳以上の被保険者および被扶養者かつ年度内に同内容の補助を受けていない方

[申請方法]

医療機関へ各自で予約後、受診者一人につき1枚の申請書を受診日の約1週間前までに健保組合へ提出

[提出先・問合せ]

セブン&アイ・ホールディングス健康保険組合 保健事業担当 TEL03-6238-2864

[申請書送付方法]

【社内メール】 7&i 00 健保組合 【FAX】 03-5215-8656 【郵送】 〒102-8450千代田区二番町8-8

① 被保険者欄	健康保険証 記号番号	記号	番号	氏名	フリガナ		
	保険証の氏名のすぐ上に記載されています				店部名	担当 (売場)	
	会社名	店部コード (経理コード)		住所	電話番号(屋間連絡がとれる番号を記入)		

② 受診者欄	氏名	フリガナ	被保険者 との続柄	性別	男・女	
	生年月日	昭和・平成	年	月	日	年齢 (受診後に迎える3/31現在の 年齢を記入してください)

③ 予約(申請)内容	受診予定日	令和 年 月 日 ()					
	利用機関名	1. 契約機関(契約コース)					
	医療機関 電話番号	() () 2. 契約外機関					
	受診内容	<input type="checkbox"/> いずれかに○を記入 <input type="checkbox"/> () 人間ドック基本項目のみ : <input type="checkbox"/> () 人間ドック基本項目+下記がん検診 : <input type="checkbox"/> () 下記がん検診のみ					
	上部消化管 検査方法	<input type="checkbox"/> いずれかに○を記入 <input type="checkbox"/> () X線(バリウム)検査 : <input type="checkbox"/> () 内視鏡(経口)検査 : <input type="checkbox"/> () 内視鏡(経鼻)検査					
	1. 人間ドック	補助額	年度末年齢 (翌3/31現在)	30~39歳	25,000円	※ただし、全年齢とも人間ドック費用が補助額に満たない場合は実費額を上限とします	
		補助条件	契約病院(契約コース)の受診、または、契約外病院の下記項目を含む人間ドックコースの受診				
	2. がん検診	補助額	下表参照 ※ただし、いずれも実費額(税込)限度				
		補助条件	検診目的の受診(自費)であり、診療目的(健康保険適用)の受診でないこと				
		補助対象検査(申請希望検査に○)		検査内容			補助額
肺		ア. 胸部ヘリカルCT	肺をらせん状にX線撮影します			8,000円	
乳房		イ. マンモグラフィー	乳房を片方ずつ板状のもので挟みX線撮影します			4,000円	
	ウ. 乳房超音波	補助はイカウのいずれか1つのみ 乳房の超音波(エコー)検査です			3,000円		
子宮	エ. 子宮頸部がん検査	子宮の入口付近の細胞を採取し検査します			3,000円		

健保が契約していない病院で受診する方は必ずチェックしてね! 不足項目があると、原則、補助が受けられないよ。



●補助を受けるために必要な検査項目

身体測定	身長・体重・BMI・腹囲・肥満度	
生理	血圧測定・心電図・心拍数・眼底検査・眼圧検査・視力検査 聴力検査・呼吸機能検査	
X線・超音波	胸部X線・上部消化管(食道・胃)X線または内視鏡・腹部超音波(肝・胆・腎・膵・脾 など)	
血液	生化学	総蛋白・アルブミン・クレアチニン・eGFR・尿酸・総コレステロール・HDLコレステロール・LDLコレステロール・Non-HDLコレステロール 中性脂肪・総ビリルビン・AST(GOT)・ALT(GPT)・γ-GT(γ-GTP)・ALP・空腹時血糖・HbA1c
	血液学 血清学	赤血球・白血球・色素(ヘモグロビン)・ヘマトクリット・血小板・MCV・MCH・MCHC CRP・血液型(ABO,Rh) 梅毒反応・HBs抗原 [血液型以降は本人申出により省略可]
尿	蛋白・PH・尿糖・沈渣[蛋白・潜血が陰性であれば省略可]・潜血・比重	
便	便潜血(2回法) 問診・診察 胸部聴診・腹部触診 など	

以下は健保使用欄です。記入、押印しないでください。

上記申請者の人間ドックまたは癌検診補助を承認してよろしいかお伺いします。

常務理事	事務長	マネジャー	担当者