

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

【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】 〒102-8452千代田区二番町8-8

【提出先・問合せ先】

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 TEL03-6238-2855

① 被保険者欄	被保険者等 記号番号	記号	番号	フリガナ
	生年月日	昭和・平成 年 月 日	氏名	
	会社名	店部コード (経理コード)	店 部 名	担当 (売場)
	住 所	〒 ー 電話番号（昼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)	歳	

③ 予約内容（補助申請内容）	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（契約外コース）			
	受診内容	F いずれかに○を記入 () 人間ドック基本項目のみ：() 人間ドック基本項目＋下記がん検診：() 下記がん検診のみ			
	上部消化管 検査方法	F 人間ドックを受診する場合は、必ず いずれかに○を () X線（バリウム）検査：() 内視鏡（経口）検査：() 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 41歳以上(下記年齢除く) 30,000円 40・45・50・55・60歳 50,000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○を記入)		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 補助はイかウのいずれか1つのみ ウ. 乳房超音波	乳房を片方ずつ板状のもので挟みX線撮影します 乳房の超音波（エコ）検査です	4,000円 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		

●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	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
液	生化学 血液学 血清学
尿	赤血球・白血球・血色素（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]
便	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