記入見本

［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

資格情報のお知らせ等より転記してください。

被保険者の勤務する所属法人・店部コード・店部名を記入してください。

被保険者の現住所を記入してください。

被保険者の場合は本人、家族の場合は妻、父、母等と記入してください。

実際に受診される方について記入してください。また、上記の被保険者本人が受診する場合も記入してくださ

受診後にむかえる3月31日時点での年齢をご記入ください。
例）
10月15日受診時53歳→2月11日誕生日54歳→**3月31日時点54歳**

人間ドックのみか、がん検診のみか、人間ドック+がん検診なのか○をしてください。

予約時の上部消化管検査方法いずれかに○をしてください。

ハートフルや健康保険組合の諸制度等に記載されている医療機関を利用される方は1に○、その他の医療機関を利用される方は2に○をしてください。

補助を希望するがん検診項目のすべてに○をしてください。

①被保険者欄							
被保険者等記号番号	記号	1	番号	1 2 3 4 5 6	氏名	フリガナ ケンポ ハナコ 健保 花子	
生年月日	昭和・平成 46 年 2 月 日						
会社名		店部コード（経理コード）		店部名		担当（売場）	
住所	〒 123-4568 千代田区二番町1-セブンハイツ107 電話番号（昼間連絡がとれる番号を記入）（ 080 6238						

②受診者欄					
氏名	フリガナ ケンポ ハナコ 健保 花子	被保険者との続柄	本人	性別	男・女
生年月日	昭和・平成 46 年 2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）	54 歳		

③予約内容（補助申請内容）				
受診予定日	令和 6 年 10 月 15 日（火）			
利用機関名	○○検診センター	1．【契約】機関（契約コース）		
医療機関電話番号	03（ 6238 ） 0000	2．【契約外】機関（契約外コース）		
受診内容	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	人間ドックを受診する場合は、必ず いずれかに○を記入 （ ）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	※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
		41歳以上(下記年齢除く)	３０，０００円	
		40･45･50･55･60歳	５０，０００円	
	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	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
乳房	ウ．乳房超音波		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

押印しないでください。

常務理事	事務長	マネジャー	担当者