

人間ドック利用助成



受診費用を一部助成

人間ドック、追加ドック、付加健診を会員が受診した際、自己負担額の一部を助成します。

サービス内容

年度1回限り

種類	利用資格	助成金額
1泊2日コース ドック通院2日も可	会員(在会1年以上)	10,000円
	会員(在会1年未満)	5,000円
日帰りコース	会員	5,000円

サービス資格

会員

請求時効

事由発生日より1年

サービス利用方法



事業所申込



会員申込

※助成金は、事業所指定口座に振り込まれます。

人間ドックで助成を受けられる検診内容(すべての検診項目を受診してください)

身体検査、腹囲、内科検診、胸部・胃部X線検査、血圧測定、心電図、エコー検査(腹部)、血液生化学検査、血清算定検査、血液学検査、血清検査、血沈検査、血液型、眼の検査(視力・眼底・色神)、聴力検査、尿・便検査、診察

協会けんぽ生活習慣病予防健診で助成を受けられる健診内容

一般健診 + 追加ドック 腹部超音波検査/眼圧検査/眼底検査(3検査すべてを受診)

一般健診 + 付加健診 腹部超音波検査/肺機能検査/眼底検査(検査項目すべてを受診)

※「一般健診」のみの受診、「一般健診」+オプション検査(前立腺がん検診、骨密度検査など)、他の検査での受診は助成の対象となりません。

請求時に必要なもの

- 人間ドック等利用助成金請求書(様式7)巻末7参照
- 添付書類(氏名・受診日・受診機関・検診内容が分かるもの、**会員本人宛**の領収書)

！ 注意点

- 会社が費用を全額負担した場合は、助成対象外となります。
- 本人が費用を一部負担し、会社が支払いをした場合も、本人の費用一部負担を証明してください(会社と個人の金銭の預かり書、通帳の写しなど)。
- 特定健診のみの受診は、助成の対象となりません。
- 人間ドックで乳がん・子宮がん検診を受診した場合は、内訳付領収書等、乳がん・子宮がん検診を受診した旨が明記されている書類を添付して請求を行ってください。

乳がん・子宮がん検診助成



受診費用の一部を助成

乳がん・子宮がん検診を会員が受診した際、自己負担額の一部を助成します。

サービス内容

年度1回限り

種類	助成金額
乳がん検診	1,000円
子宮がん検診	1,000円

サービス資格

会員

サービス利用方法

請求時効

事由発生日より1年



事業所申込



会員申込

※助成金は、事業所指定口座に振り込まれます。

請求時に必要なもの

- 人間ドック等利用助成金請求書(様式7)巻末7参照
- 添付書類(受診日・受診機関・**乳がん・子宮がん検診である旨**・各検診ごとの金額が明記されているもの、**会員本人宛**の領収書)

！ 注意点

- 会社が費用を全額負担した場合は、助成対象外となります。
- 本人が費用を一部負担し、会社が支払いをした場合も、本人の費用一部負担を証明してください(会社と個人の金銭の預かり書、通帳の写しなど)。
- 人間ドックにオプションで受診した場合も対象となります。
- 治療の一環として検査した場合は、助成対象外となります。
- 自己負担額が1,000円未満の場合は、助成の対象となりません。

人間ドック等利用助成金請求書

令和 年 月 日

☑ どちらかにチェックをしてください

- 事業所を通した請求** ▶▶ ご記入後、事務担当者に提出してください
- 事業所を通さない請求** ▶▶ 以下の条件を了解の上、ご記入、押印後サービスセンターに直接提出してください

以下の条件を満たした場合、会員が直接「人間ドック等利用助成金」を請求することができます。
その場合は事業所代表者印は不要です。

- ① 事業所が直接請求を認めている。
- ② 書類不備があった場合、事務担当者を通じた連絡も可とする。

助成金は、請求後審査を行い、事業所指定口座に振り込まれます。審査の一環としてサービスセンターより関係機関に確認を求める場合がございますのでご了承の上、助成金請求書をご提出ください。

事業所番号					事業所名・代表者名		(株)千葉サービス 印
1	2	3	4	5	この欄の印はどちらか一方でかまいません		
電話番号		043-000-000			代表取締役 千葉 一		印

会員番号				会員氏名		千葉 一郎 (※)
1	2	3	4			
(※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。						

医療機関名	〇〇〇病院					
住所	千葉市中央区中央〇-〇-〇					
区分	人間ドック	<input type="checkbox"/> 1泊2日	<input checked="" type="checkbox"/> 日帰り			
	検診	<input type="checkbox"/> 乳がん	<input type="checkbox"/> 子宮がん			
受診年月日	令和〇〇年 4月 1日 ~ 月 日 (1 日)					

添付書類チェック欄	
<input checked="" type="checkbox"/>	会員本人宛の内訳付き領収書(以下の事項が明記されているもの。会社宛は不可)
<input checked="" type="checkbox"/>	氏名
<input checked="" type="checkbox"/>	受診日
<input checked="" type="checkbox"/>	人間ドック、乳がん・子宮がん検診である旨
<input checked="" type="checkbox"/>	各検診ごとの金額

【事務欄(以下は記入しないでください)】

処理欄		受付印
検印	係	

サービスセンター 請求書 記入欄

円

生活の安定

融資あっ旋

退職金制度

ライフプランセミナー

医療保険

各種相談

子育て支援助成

健康の維持・増進

温浴施設等利用券

家庭常備薬あっ旋

インフルエンザ予防接種助成

コロナウイルス感染症に関する助成

人間ドック利用助成

乳がん・子宮がん検診助成

自己啓発・余暇活動の支援

会員証提示割引

契約施設利用券

ディズニー利用券

レストラン利用助成

宿泊利用助成

マリーンズ観戦券

ジェフ観戦券

ローソンチケット

ゆるり・ホームページ掲載チケット

商品券等あっ旋

資格取得講座助成

推奨講座・ツアー助成

共済給付

慶弔給付

還暦・古希祝



人間ドック等利用助成金請求書

令和 年 月 日

📌 どちらかにチェックをしてください

- 事業所を通した請求 ▶▶▶ ご記入後、事務担当者に提出してください
- 事業所を通さない請求 ▶▶▶ 以下の条件を了解の上、ご記入、押印後サービスセンターに直接提出してください

以下の条件を満たした場合、会員が直接「人間ドック等利用助成金」を請求することができます。
その場合は事業所代表者印は不要です。

- ① 事業所が直接請求を認めている。
- ② 書類不備があった場合、事務担当者を通じた連絡も可とする。

助成金は、請求後審査を行い、事業所指定口座に振り込まれます。審査の一環としてサービスセンターより関係機関に確認を求める場合がございますのでご了承の上、助成金請求書をご提出ください。

事業所番号				事業所名・代表者名		印
				この欄の印はどちらか一方でかまいません		
電話番号		-		-		印

会員番号				会員氏名		印
						(*)
(*)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。						

医療機関名						
住所						
区分	人間ドック	<input type="checkbox"/> 1泊2日	<input type="checkbox"/> 日帰り			
	検診	<input type="checkbox"/> 乳がん	<input type="checkbox"/> 子宮がん			
受診年月日	令和	年	月	日	～	月 日 (日)

添付書類チェック欄

- 会員本人宛の内訳付き領収書(以下の事項が明記されているもの。会社宛は不可)
- 氏名 受診日 人間ドック、乳がん・子宮がん検診である旨
- 各検診ごとの金額

【事務欄(以下は記入しないでください)】

処理欄

検印	係

受付印

--

請求金額 *金額は記入しないでください。

	円
--	---