

|                                |           |
|--------------------------------|-----------|
| 健保記入欄                          | 支給額(補助金額) |
| 円                              |           |
| 40歳以上( 歳・40歳・45歳・50歳・55歳・60歳 ) |           |
| 40歳未満                          |           |

|      |     |   |   |       |
|------|-----|---|---|-------|
| 常務理事 | 事務長 | 係 | 係 | 受 付 印 |
|      |     |   |   |       |

☐人間ドック  
☐単独がん検診

補助金申請書

※どちらかに○をつけて下さい

申請日 年 月 日

|       |          |                 |          |
|-------|----------|-----------------|----------|
| 被保険者証 | 記号<br>番号 | 被保険者(申請者)<br>氏名 |          |
| 会社名   |          | 所属部署名           | 連絡先(TEL) |

|         |             |              |           |
|---------|-------------|--------------|-----------|
| 受診者氏名   | 男・女         | 続柄           | 本人・被扶養配偶者 |
| 生年月日    | 年 月 日 ( 歳 ) |              |           |
| 受診医療機関名 |             |              |           |
| 受診日     | 年 月 日       | 支払金額(領収書の金額) | 円         |

※別紙にも注意事項がありますので、必ずお読み下さい。

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| 添付書類                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ①領収書(原本)、明細書      ②健診結果(コピー) |
| 《ここに領収書を貼ってください。サイズの大きい領収書は貼らなくても結構です。また、 <b>健診結果は貼らないでください。</b> 》                                                                                                                                                                                                                                                   |                              |
| <div>・受診期間      2025年4月1日(火)～2026年1月31日(土)受診分</div> <div>・償還払い対象者      2025年4月1日現在、ニチレイ健康保険組合の被保険者 または被扶養配偶者であること。</div> <div>・対象年齢      【人間ドック】 35歳以上      【単独がん検診】 年齢制限なし</div> <div>・申請締切      2026年3月16日(月)      ※締切を過ぎたり、書類に不備があれば、補助を受けることができません。</div>                                                        |                              |
| <div><div>①領収書、明細書について</div><div>・宛名は受診者名(フルネーム)をお願いいたします。</div><div>・健診機関で次の事項を明記してもらって下さい。</div><div>人間ドック ⇒ 人間ドックの代金であること。</div><div>単独がん検診 ⇒ がん検診の項目、各々の金額。</div><div>オプション検査 ⇒ オプション項目、各々の金額。</div></div> <div><div>②健診結果について</div><div>・総合結果だけでなく、全ての検査結果をご提出下さい。</div><div>・原本ではなく、カラーコピーをご提出下さい。</div></div> |                              |
| 【注意事項】                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                              |
| ◆健保組合からの補助上限額    40歳以上 : 25,000円    40歳未満 : 20,000円    ※上限額には、イーウェル経由の補助分も含みます。                                                                                                                                                                                                                                      |                              |
| 【 節目年齢増額 】 … 人間ドック限定／被保険者限定                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                              |
| 今年度中に節目年齢(40歳・45歳・50歳・55歳・60歳)に到達される方の補助上限額 : 40,000円                                                                                                                                                                                                                                                                |                              |
| ・40歳到達 : 昭和60年4月1日～昭和61年3月31日生まれ                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                              |
| ・45歳到達 : 昭和55年4月1日～昭和56年3月31日生まれ                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                              |
| ・50歳到達 : 昭和50年4月1日～昭和51年3月31日生まれ                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                              |
| ・55歳到達 : 昭和45年4月1日～昭和46年3月31日生まれ                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                              |
| ・60歳到達 : 昭和40年4月1日～昭和41年3月31日生まれ                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                              |
| ※上限額未達の場合は、健診費用の実費が補助額となります。                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                              |
| ※年齢は、年度末の3月31日が基準となります。2025年度の場合は2026年3月31日時点の年齢です。                                                                                                                                                                                                                                                                  |                              |
| ◆人間ドックの補助は、人間ドック補助金支給規程に基づき、基本健診項目を受診していただくことが前提条件となります。                                                                                                                                                                                                                                                             |                              |
| ◆書類提出後、2ヶ月程度で給与とともに補助金を振り込みます (イーウェル経由の補助確認のため、支給が遅くなる場合があります)。                                                                                                                                                                                                                                                      |                              |
| ◆添付書類は、①②の両方を提出して下さい (健診結果の送付は、健診機関によっては1か月ほどかかります。申請締切にご注意下さい)。                                                                                                                                                                                                                                                     |                              |
| ※2枚目(別紙)にも重要事項が記載されていますので、ご確認下さい。                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                              |

## イーウェル契約以外の健診機関で受診される方へ

1. **人間ドックは、原則イーウェルのみの受診となりました(被扶養配偶者も同様)。**  
(健診項目の統一や健診データの提出徹底、精算時の誤り防止等の目的で、一元化することといたしました)
2. 個別事情により **イーウェル契約健診機関以外で「人間ドック」を受診されたい方は、必ず事前にメールで、ニチレイ健康保険組合(N1000X032@nichirei.co.jp)まで、次の事項をご連絡下さい。**  
「1.受診者氏名」「2.保険証の記号・番号」「3.受診健診機関」「4.受診日」「5.受診コース」

### ◆人間ドックについて

- ・個別事情によりイーウェル契約健診機関以外で人間ドックを受診される場合は、一般的な人間ドック(掲示板添付の人間ドック項目を参照)のコースを受診して下さい。
- ・補助の対象(償還払い)となる人間ドックのオプション検査は、イーウェルのオプション検査と同一です。  
**対象となる検査以外は、補助金の対象外(全額自己負担)**となりますのでご注意ください。

#### ＜対象となるオプション検査＞

- ・子宮頸部細胞診検査 ※女性のみ
- ・マンモグラフィ ※女性のみ
- ・乳房エコー検査 ※女性のみ
- ・胃部X線検査 又は 胃部内視鏡検査
- ・大腸内視鏡検査
- ・腹部エコー検査
- ・前立腺がん検査(PSA) ※男性のみ

#### 【注1】 マンモグラフィ、前立腺がん検査

⇒ 会社の定期健康診断と一緒に検査を実施していますので、対象年齢に該当して受診した方は、同年度に重ねてマンモグラフィ検査、前立腺がん検査の補助金を受けることはできません。

### ◆単独がん検診について

- ・被保険者の「単独がん検診」は、イーウェル契約以外の健診機関でも受診可能です。
- ・補助の対象(償還払い)となる単独がん検診は、「イーウェルの単独がん検診の項目」+「腹部エコー」です。  
**「腹部エコー」を受診する場合は、他の単独がん検診もすべて一緒に償還払いにして下さい。**  
(「イーウェル経由の精算」と「償還払い」の単独がん検診を混在させないで下さい)
- ・**対象となる検査以外は、補助金の対象外(全額自己負担)**となりますのでご注意ください。

#### ＜対象となる単独がん検診＞

- ・子宮頸部細胞診検査 ※女性のみ
- ・マンモグラフィ ※女性のみ
- ・乳房エコー検査 ※女性のみ
- ・胃部X線検査 又は 胃部内視鏡検査
- ・大腸内視鏡検査
- ・胸部CT検査
- ・腹部エコー(償還払いのみ)

#### 【注2】 前立腺がん検査

⇒ 会社の定期健康診断と一緒に検査を実施していますので、対象年齢に該当して受診した方は同年度に重ねて前立腺がん検査の補助金を受けることはできません。

⇒ 対象年齢に該当せずに受診希望の方は、人間ドックのオプション検査として受診して下さい。  
(PSAは、単独がん検診の補助金対象ではありません)

#### 【注3】 便潜血 ⇒ 会社の定期健康診断で行っていますので、単独がん検診の補助対象となっておりません

#### 【注4】 マンモグラフィ

⇒ 会社の定期健康診断と一緒に検査を実施していますので、対象年齢に該当して受診した方は同年度に重ねてマンモグラフィ検査の補助金を受けることはできません。

### ◆その他

- ・「健診結果」が届いた後に、すべての書類を揃えて申請して下さい(領収書・明細書だけでは申請できません)。  
⇒ 健診結果は、表紙や総合結果を含め、すべての明細のコピーをご提出下さい。
- ・イーウェル経由で上限額まで補助を受けている場合は、補助金(償還払い)の申請はできません。  
⇒ イーウェル経由の健診には、すでに健康保険組合の補助金が充てられています。
- ・健康保険証を使って受診した場合は、治療や精密検査等の医療行為となり、補助金(償還払い)の対象外です。