人間ドック・がん検診等利用申込書兼補助金申請書

※提出前に、申請資格の確認をお願いいたします※

●毎年定期健診または特定健診を受けている(海外在勤者除く)

受診前申請をされていない方は、補助金申請は認められません。（全額自己負担となります。）

受診前に記入する欄

申込年月日	年　月　日			受診者区分	国内居住者 ／ 海外居住者
保険証等No.	記号	番号		受診者が国内居住者の場合は右欄に記入	前年度の定期(特定)健診受診日　年　月　日
会社名（部署名）	（　　）			勤務先電話番号	（　　）
（フリガナ） 被保険者氏名		区分 本人	生年月日 昭和・平成　年　月　日生		性別 男・女
（フリガナ） 受診者氏名		区分 本人・家族	生年月日 昭和・平成　年　月　日生		性別 男・女
受診予定日	年　月　日				
受診予定機関					
受診予定項目	人間ドック ／ 脳ドック ／ ガンドック ／ 市町村がん検診 ／ PET ／ 胃の内視鏡のみ ／ 線虫がん検査 オプション（　　）				
申請書の返送先住所（自宅か職場の連絡のとれる所）丁寧にはっきりと	☐自宅 ☐海外勤務者の国内連絡先 ☐職場	電話又は携帯　（　　） 住所　〒			

健保記入欄

受診可否	☐受診可 ☐受診不可：理由（前年度の定期（特定）健診未受診・事後申請 ☐その他（　　） 連絡日： TEL ／ Mail ／ 郵送

受診後に記入する欄

人間ドック	受診した日	年　月　日		受診機関名			
	受診区分	人間ドック ／ 脳ドック ／ ガンドック ／ 市町村がん検診 ／ PET ／ 胃の内視鏡のみ ／ 線虫がん検査 オプション（　　）					
		税込受診費（実費記入）		× 0.7（実費の7割）	＝ ① ￥	（100円未満切り捨て）	
市町村ガン検診	受診した日	年　月　日		受診した市区町村名	都・道府・県　市・区・町・村		
	検診項目を○で囲んでください				税込受診費（実費）	上限額	100円未満切捨て
	1項目	胃・肺・大腸・乳・子宮・その他（　　）			￥	￥2,000 ≧	￥
	2項目	胃・肺・大腸・乳・子宮・その他（　　）			￥	￥2,000 ≧	￥
	3項目	胃・肺・大腸・乳・子宮・その他（　　）			￥	￥2,000 ≧	￥
	＊市町村ガン検診は何項目でも申請が可能ですが、各項目とも健保組合の上限補助額は2,000円までです。				合計	② ￥	
線虫がん検査	受診した日	年　月　日		税込受診費（実費）	× 0.7（実費の7割）	＝ ③ ￥	

申請額	人間ドック分	市町村がん検診分	線虫がん検査分	合計請求額	
	①￥	②￥	③￥	￥	＊但し、請求金額に拘わらず、健保組合の上限補助額は2年間で70,000円までです。

健(検)診費用領収書原本を添えて請求いたします。

（領収書には受診者氏名・受診日・医療機関名・健(検)診代・であることが明記されていること）

年　月　日　　受診者氏名

健保記入欄

前回までの支給額	人間ドック分	支給決定額	常務理事	事務長	担当	担当	受付日
￥	￥ 市町村がん検診分 ￥	￥					

2024/11/18

【申込先】　近畿日本ツーリスト健康保険組合まで郵送等でお申込みください。**補助金申請時は必ず郵送願います。**
住所　〒101-0024　東京都千代田区神田和泉町1-13　住友商事神田和泉町ビル14階
E-mail：kenpo@gp.knt.co.jp　　FAX：03-6845-3702

【個人情報について】 当健保のプライバシーポリシーは、健保ホームページ（http://www.kntkenpo.org）をご参照下さい

当組合は、個人情報保護法に基づき、取得した健診結果等の個人情報を適切に保護管理し、被保険者及び被扶養者の健康の保持・増進のための事業に活用いたします。
当組合では、**本申込書の受診者が上記個人情報の利用について同意したもの**として取り扱います。

【ご不明な点は以下までお問い合わせください。】
TEL：03-6852-2175