

平成 年 月 日

健診機関御中

私の人間ドック・脳ドック・乳がん検診費用のうち、三菱重工健康保険組合から支給される補助金については、貴健診機関から三菱重工健康保険組合へ請求下さるよう、お願いします。

人間ドック・脳ドック・乳がん検診補助金申込書兼請求依頼書(三菱重工健保契約健診機関用)

※太枠内を全てご記入下さい。

申請者	被保険者証	記号		被保険者氏名	印
		番号			
会社名(勤務先)				連絡先(TEL)	

受診者	受診者氏名		生年月日	年齢	被保険者との続柄
			年 月 日	歳	本人・被扶養配偶者
	住所	〒			性別
					男・女

健診機関名		受診日	平成 年 月 日 (曜日)
利用コース (該当に○を して下さい)	1. 宿泊人間ドック 2. 宿泊人間ドック (定健込) 3. 日帰人間ドック 4. 日帰人間ドック (定健込) 5. 脳ドック (コース) 6. 乳がん検診 (コース) 7. その他 ()		
オプション 検査等記入欄			

【書類提出先】

この依頼書により健保の補助を受けることができるのは、三菱重工健保契約健診機関で人間・脳ドック・乳がん検診を受診された場合のみです。なお、受診の際は、この依頼書を健診機関窓口へご提出下さい。

*三菱重工健保契約健診機関以外でドックを受診される場合は、補助申請用紙が異なります(「人間ドック・脳ドック補助金申請書(一般健診機関受診用)」になります)のでご注意ください。

*40歳以上(含.受診する年度内(4/1～翌年3/31)に40歳になる方)の「被扶養配偶者」、「任意継続被保険者および被扶養配偶者」については本健診結果を特定健診の結果データとさせて頂き、健診機関より三菱重工健康保険組合へ提出致しますので予めご了承下さい。

【事業所又は健診機関記入欄】

	総額	会社負担額	本人負担額	健保負担額
人間ドック	円	円	円	円
脳ドック	円	円	円	円
乳がん	円	円	円	円

<注意事項>

- 補助対象者は、三菱重工健保に加入している被保険者・被扶養配偶者です。
- 補助金は、健診機関と三菱重工健保との契約に基づき、人間ドック・脳ドック・乳がん検診それぞれ年度内1回につき原則として実費額の7割(人間ドック・脳ドック:上限28,000円,乳がん検診:上限3,500円)を補助します。
なお、健診機関が実施するオプション検査を受診された場合は、オプション検査費用を含めた総額を実費額とします。
(注1) オプションとは、人間ドックのオプションとして同日に行われるものをいいます。
(注2) 健康保険が適用される検査等は補助の対象にはなりません。
- 健診時に健康保険の資格を確認する場合がありますため健康保険証を持参願います。