

## 2024年度 契約外医療機関費用精算書(被保険者) 福島事業所以外勤務者

この精算書と一緒に領収書(原本)と健診結果(すべての結果の写し)を添付してEAファーマ健康保険組合までお送りください。  
定期健診、人間ドック受診の場合は、問診票の添付も必要です。

受診期間：2024年4月1日(月)～2025年3月31日(月) ※定期健診、人間ドックは9月末までに受診してください

申請期限：定期健診A・B、人間ドック 2024年10月31日(木)、単独検査 2025年4月30日(水)

健診補助が受けられるのは自由診療(10割負担)の検査のみです。保険診療(3割負担⇒健保が7割負担済)の検査は対象外です。単独検査の受診前に医療機関にお確かめください。

## ■ 基本情報

被保険者証記号番号	100 -	所属名	※健保記入				
被保険者氏名		生年月日	年	月	日	年齢	歳
連絡の取れる電話番号							

## ■ 健診機関情報

名称	健診受診年月日	年	月	日
----	---------	---	---	---

## ■ 健診基本コース

いずれかの健診を選択し、該当する健診に○をして、受診合計金額を記入してください。

(金額は全て税込み)

健診コース	対象年齢	該当	健診受診合計金額	健保補助上限金額
定期健診A	34歳以下			全額健保負担
定期健診B	35歳以上			全額健保負担

健診コース	対象年齢	該当	健診受診金額	健保補助上限金額
日帰り人間ドック	35歳以上			¥30,000

## ■ 単独検査他(定期健診とは別に受けた場合)

検査項目	対象年齢性別	該当	検査受診金額	健保補助上限金額	
単独検査	ABC検査			全額健保負担	
	胃管内視鏡	35歳以上		組合せ自由 合計で ¥50,000 まで	
	胸部CT				
	大腸内視鏡				
	脳検査				
単独婦人科検査	HPV	全年齢女性		合計で ¥10000 まで	
	子宮頸部細胞診				
	マンモグラフィ	全年齢女性			
	乳房超音波	どちらか1つ			

## ■ 基本コースへのオプション検査付加

検査項目	該当	検査受診金額	健保補助上限金額	
オプション	胃管内視鏡への変更(定期健診のみ)		組合せ自由 合計で ¥50,000 まで	
	胸部CT			
	大腸内視鏡			
	脳検査			
オプション婦人科検査	HPV		オプション婦人科検査だけで ¥10,000 まで	
	子宮頸部細胞診			
	マンモグラフィ	どちらか		
乳房超音波	1つ			

## ■ 委任状 (在籍者には給与にて支払われます)

本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します

年 月 日

被保険者

## 【提出先/お問い合わせ先】

EAファーマ健康保険組合

TEL : 03-6384-2280 Email : info@eapharma-kenpo.jp

住所 : 〒151-0051

東京都渋谷区千駄ヶ谷5-21-12

S-FRONT代々木ビル2F

EAファーマ健康保険組合 事務処理センター

健康保険組合記入欄

(上限 円)
(上限 円)
(上限 円)
合計補助金額 ¥

受付日付印