

2024年度 契約外医療機関費用精算書(被保険者)福島事業所勤務者

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
注)「単独検査」「日帰り人間ドック」の重複受診はできません

受診期間 : 2024年4月1日(月)~2025年3月31日(月) 申請期限:2025年4月30日(水)

■ 基本情報

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

■ 健診機関情報

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

【注意事項】

福島事業所勤務の方は、事業所で実施される定期健診を受診したうえで、追加で単独検査または日帰り人間ドックを受診することができます

該当する健診検査に○をして、検査受診金額を記入してください

※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。

(金額は全て税込み)

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
	胃部内視鏡			組合せ自由 合計で ¥50,000 まで
	胸部CT	35歳以上		
	大腸内視鏡			
	脳検査			
単 独 婦 人 科 検 査	HPV	全年齢 女性		合計で ¥10,000 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		

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
人間ドックに付加できるオプション				
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	胸部CT			組合せ自由 合計で ¥50,000 まで
	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

2024年4月版