

2024年度 契約外医療機関費用精算書
(任意継続被保険者・被扶養者)

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、人間ドックを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) 申請期限: 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	—	連絡の取れる電話番号	
被保険者氏名			
健診受診者氏名	続柄	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
----	---------	-------

■ 補助対象の健診・検査

男性	34歳以下	定期健診A
	35歳以上	定期健診A、または日帰り人間ドック (オプション別途)
女性	34歳以下	定期健診A+単独婦人科検査
	35歳以上	定期健診A+単独婦人科検査、または日帰り人間ドック (オプション別途)
	「巡回レディース健診」を受ける方	単独婦人科検査

■ 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	全年齢			¥30,000
日帰り人間ドック	35歳以上			¥50,000

■ 単独婦人科検査(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
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 どちらか1つ			
乳房超音波				

■ 人間ドック・定期健診 オプション検査

検査項目	該当	検査受診金額	健保補助上限金額
胃部X線(定期健診の方のみ)			健診基本コースの 金額と合わせて、 それぞれの補助額 上限まで
胃部内視鏡への変更			
胸部CT			
大腸内視鏡			
骨密度			
前立腺がん(PSA)			
脳			
オプション 婦人科検査			オプション婦人科 検査だけで ¥10,000 まで
HPV			
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 (被保険者が在籍者の場合は給与にて支払われます
任意継続被保険者は記入不要です)

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