

# 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	100 - XXXXXXXX	連絡の取れる電話番号	090-0000-0000
被保険者氏名	健保 太郎		
健診受診者氏名	健保 花子	続柄	妻
生年月日	1978年12月22日	年齢	45歳

### ■ 健診機関情報

名称	〇〇健診センター	健診受診年月日	2024年10月10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

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
日帰り人間ドック	35歳以上	○	42,000	¥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	○	15,000	
骨密度			
前立腺がん(PSA)			
脳			
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	○	3,300	
マンモグラフィ	○	5,500	
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
2024年11月15日
被保険者 健保 太郎

### 【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

_____
_____
_____

この場合の補助金額は下記の通りとなります

人間ドック+オプション 50,000円(上限)  
婦人科オプション 8,800円  
合計 58,800円

受付日付印