

2021年度 契約外医療機関費用精算書(被保険者) 本社・支店勤務者

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：2021年4月1日(木)～2022年3月31日(木) 申請期限:2022年5月2日(月)

■ 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		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
-----	--	---------	-------

■ 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	胃部内視鏡	35歳以上 この中から 2つの検査を 選択可能		¥20,000
	胸部CT			¥20,000
	大腸内視鏡			¥30,000
	脳	35歳以上		¥50,000
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 どちらか1つ		
	乳房超音波			

※ 単独検査の脳を選択した場合は、胃部内視鏡・胸部CT・大腸内視鏡は受診できません。

■ 人間ドック 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
人 間 ド ク ク オ プ シ ョ ン	胃部内視鏡への変更		人間ドックの 金額と 合わせて合計 ¥30,000 まで
	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	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	

■ 40歳以上の方は下記の質問に回答してください

1. 血圧を下げる薬を飲んでいる	☐ はい	☐ いいえ
2. インスリン注射または血糖値を下げる薬を飲んでいる	☐ はい	☐ いいえ
3. コレステロールを下げる薬を飲んでいる	☐ はい	☐ いいえ
4. 現在たばこを習慣的に吸っている	☐ はい	☐ いいえ

■ 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：東京都渋谷区千駄ヶ谷5-23-5 代々木イースト8F

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