

2023年度 契約外医療機関費用精算書(被保険者) 本社・支店・川崎・筑波等勤務者

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  
 受診期間 : 2023年4月1日(土)~2024年3月31日(日) ※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 2023年10月31日(火)、 単独検査 2024年4月30日(火)

■ 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
連絡の取れる電話番号		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	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 ¥10,000 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			

■ 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	

■ 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	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
3. コレステロールを下げる薬を飲んでいる	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
4. 現在たばこを習慣的に吸っている	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	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 : 〒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