

2024年度 契約外医療機関費用精算書(被保険者) 福島事業所以外勤務者

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。
定期健診、人間ドック受診の場合は、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) ※定期健診、人間ドックは9月末までに受診してください

■ 基本情報

被保険者証記号番号	100 ー	所属名		※健保記入
被保険者氏名		生年月日	年 月 日	年齢 歳
連絡の取れる電話番号				

■ 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
	胃部内視鏡			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 ¥10000 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		

■ 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	胃部内視鏡への変更 (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	

■ 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