

## 令和3年度人間ドックオプション補助金請求についてのご案内

### 概要

人間ドック受診時のオプション検査(※)は個人負担としておりますが、がんの早期発見のため、当健保指定の内容に限りオプション検査代金を補助致します。 令和2年度の補助内容と一部異なっておりますので下記補助の対象をご確認下さい。

(※)オプション検査とは …人間ドックの基本検査受診時に受診者の希望で同日に追加する検査

### 補助の対象となるオプションと上限額

以下のがん検査オプション(コースやセットも可) について、**年度内1回に限り6,000円の範囲で補助致します。**

- ①胃カメラ[バリウムからの変更]・各種内視鏡・腹部CT・腹部超音波
- ②腫瘍マーカー各種 [指定はありません]
- ③がんに関する各種検査
  - ・肺がん (胸部CT、喀痰検査など)
  - ・胃がん (ピロリ、ペプシノゲンなど)
  - ・大腸がん (大腸内視鏡など)
  - ・肝がん (HCV抗体、HBs抗原、HBs抗体など)
  - ・乳がん (超音波、マンモグラフィなど)
  - ・子宮[卵巣]がん・子宮頸がん (超音波、HPV検査など)
  - ・前立腺がん (PSAなど)

※検査項目①～③の中で複数受診した場合、受診費用の合計に対して補助上限額(6,000円)まで補助します。

※がん検査コース(セット)などで受診した場合、領収書に具体的な検査項目と金額を必ず記載してください(検査項目と金額が判るパンフレット等でも可)。記載が無い場合、補助の対象とならない場合がありますのでご注意ください。

※保険証を使用した検診は補助対象外です。

### 補助金申請方法

手順1. 人間ドック基本検査受診時にオプション検査を受診する。

手順2. 受診機関窓口でオプション検査費全額を支払い、オプション検査費のみの領収書を受領する。

※領収書の宛名は受診者とし、具体的な検査項目を記載してもらってください。

手順3. 「令和3年度人間ドックオプション補助金請求書」を記入し以下の書類を添付して提出する。

☐ オプション検査費のみの領収書《原本》 (人間ドック基本検査については、別紙「人間ドック立替払請求書」を提出してください)

☐ [領収書に具体的な検査項目が記載されていない場合]

検査内容と金額が判る明細書やパンフレットの写し(検査結果のみでは判断できかねます)。

### 提出先・お問い合わせ先

〒141-0022 東京都品川区東五反田 2-17-1 (TEL: 03-5843-0943)

コムシスシェアードサービス(株) ライフサポートグループ 人間ドック担当

※お問い合わせの際は「保険証の記号・番号・氏名」を伝えたくて「人間ドックのオプション検査の補助金申請について」とお申し出ください

以上

|      |     |        |
|------|-----|--------|
| 常務理事 | 事務長 | CSS 担当 |
|      |     |        |

コムシスホールディングス健康保険組合

令和3年度人間ドックオプション補助金請求書

人間ドックにてオプション検査を受診したので、次の通り補助金を請求します。

記入日 年 月 日

被保険者名

日中連絡先(電話)

|                                    |                      |                |                               |
|------------------------------------|----------------------|----------------|-------------------------------|
| 記号—番号<br>—                         | 続柄<br>被保険者<br>被扶養配偶者 | 受診者名<br>(フリガナ) | 生年月日 (受診時年齢)<br>年 月 日<br>( 歳) |
| 検診機関名                              |                      |                | 受診日 (令和3年4月1日以降)<br>年 月 日     |
| 検診項目 《該当のオプションに○を付け、金額記載願います》      |                      |                | 領収書金額 補助上限額                   |
| ①胃カメラ[バリウムからの変更]・各種内視鏡・腹部CT・腹部超音波  |                      |                | 6,000 円                       |
| ②腫瘍マーカー各種 [指定はありません]               |                      |                |                               |
| ③がんに関する各種検査 (複数検査を組み合わせたコースやセットも可) |                      |                |                               |
| ・肺がん (胸部CT、喀痰検査など)                 |                      |                |                               |
| ・胃がん (ピロリ、ペプシノゲンなど)                |                      |                |                               |
| ・大腸がん (大腸内視鏡など)                    |                      |                |                               |
| ・肝がん (HCV抗体、HBs抗原、HBs抗体など)         |                      |                |                               |
| ・乳がん (超音波[エコー])、マンモグラフィなど)         |                      |                |                               |
| ・子宮[卵巣]がん・子宮頸がん (超音波、HPV検査など)      |                      |                |                               |
| ・前立腺がん (PSA など)                    |                      |                |                               |
| 請求合計額                              |                      |                |                               |

※検査項目①～③の中で複数受診した場合、受診費用の合計に対して補助上限額(6,000円)まで補助します。

※がん検査コース(セット)で受診した場合には、領収書に具体的な検査項目と金額を必ず記載してください  
(検査項目と金額が判るパンフレット等でも可)。記載が無い場合には、補助の対象とならない場合がありますのでご注意ください。

※保険証を使用した検診は補助対象外です。

当請求書に添付する資料の確認

- ☐ オプション検査費のみの領収書《原本》 (人間ドック基本検査については、別紙「人間ドック立替払請求書」を提出してください)
- ☐ [領収書に受診項目や内訳金額が記載されていない場合]
- 検査内容と金額が判る明細書やパンフレットの写し(検査結果のみでは判断できかねます)。

任意継続の方(記号が「2」で始まる方)のみ、振込口座(被保険者名義)の記入が必要です。

|      |             |          |
|------|-------------|----------|
| 銀行名  | 支店・営業所名     | 普通<br>当座 |
| 口座番号 | 口座名義 (フリガナ) |          |

|                                              |  |  |
|----------------------------------------------|--|--|
| 当請求書の提出先・問い合わせ先                              |  |  |
| コムシスシェアードサービス(株) ライフサポートグループ 人間ドック担当         |  |  |
| 〒141-0022 東京都品川区東五反田 2-17-1 TEL:03-5843-0943 |  |  |

領収書添付箇所