

＜オプション検診のご案内＞

- ① 乳がん検診などオプション検診を任意で受診できます
- ② 年齢に応じて補助が出ます（下表。補助は年度内1回、重複時は返還）
- ③ 受診方法は3通りから選択できます（上表）

★受診方法 二希望する方はいずれかの方法で受診してください

| | 住民検診 実施主体＝自治体 | 予約代行 予約＝パ`ネィット・ワ | 郵送検診 委託機関＝メスブ(株) |
|--------|---|---|--|
| 特長 | 自治体を実施する検診（住まいの市政だより参照）。 | 健診・ドックと同日に受診できる | 自宅で、都合のいい時に自身で検体を採取する |
| 費用 | 自己負担なし(全額補助) | 補助超過分は自己負担 | 補助超過分は自己負担 |
| 申込方法など | ① 自治体に申し込む ② 送付された受診券で受診。立替払い。 ③ 申請書（次頁）、領収書を健保に送付 ④ 後日、キャッシュバック | ① 予約代行機関を通して健診予約時に一緒に申し込む ② 補助が適用され精算。補助超過分は窓口で支払う | ① 健保に連絡 ② 健診料を事前払い ③ 委託先に検体を郵送 ④ 申請書（次頁）、領収書を健保に送付 ⑤ 後日、キャッシュバック |

★補助＝補助を超過した分は自己負担となります

| オプション検診名 | | 補助適用年齢 | 補助上限額 | 備考 |
|----------|----------|--------------|-------|-----------|
| ① | 子宮がん検診 | 子宮頸部細胞診 | 20才以上 | 3,000円 |
| ② | 乳がん検診 | マンモグラフィ | 30才以上 | 5,000円 |
| | | 超音波エコー | | |
| ③ | 胃がん検診 | バリウム検査 | 35才以上 | 10,000円 |
| | | 胃カメラ | | |
| | | A B C 検査（9頁） | | |
| ④ | 腹部エコー | | 〃 | 2,500円 |
| ⑤ | 大腸がん検診 | 便潜血検査 | 40才以上 | 2,000円 |
| | | 内視鏡検査 | | 8,000円 |
| ⑥ | 肝炎検査 | | 〃 | 1,000円 |
| ⑦ | 眼底検査 | | 〃 | 2,000円 |
| ⑧ | 脳MR | | 〃 | 10,000円 |
| ⑨ | 前立腺がん検査 | P S A 検査 | 50才以上 | 2,000円 |
| ⑩ | 骨密度検査 | | 〃 | 1,000円 |
| ⑪ | 喀痰検査 | | 〃 | 1,000円 |
| ⑫ | V D T 検査 | | 〃 | 全額 河北新報のみ |

注) ②、③、⑤はいずれか1つに補助適用

(注) ドック項目に含まれている場合、補助は適用しない

| | | | |
|-----|------|-----|----|
| 支給額 | 常務理事 | 事務長 | 担当 |
| | | | |

河北新報健康保険組合 御中

<オプション検診・補助申請書>

下記の通り、補助金を申請します。

| | |
|--------------|---|
| 保険証番号 | — |
| 被保険者（社員）名 | Ⓜ |
| 社員番号 | |
| 連絡先（携帯・内線など） | |

| | |
|--------|----------|
| ① 申請日 | 年 月 日 |
| ② 受診者名 | (歳) 続柄： |

③ 種別に○印、補助申請額（補助上限額以内）を記入

| オプション検診名 | 検診種別 | | 補助申請額 | 受診年月日 |
|------------|---------|----|-------|-------|
| | いずれかに○印 | | | |
| 胃がん | 住民 | 郵送 | 円 | |
| 子宮がん | 住民 | 郵送 | 円 | |
| 乳がん | 住民 | - | 円 | |
| 大腸がん | 住民 | 郵送 | 円 | |
| 前立腺がん | 住民 | 郵送 | 円 | |
| 骨密度検査 | 住民 | - | 円 | |
| 喀痰検査 | 住民 | 郵送 | 円 | |
| 肝炎検査 | 住民 | 郵送 | 円 | |
| 住民検診（詳細項目） | 住民 | - | 円 | |
| 合 計 | | | 円 | |

④ 任継の方：被保険者の口座を記入して下さい（社員は給与経由でキャッシュバックします）

| | | | |
|-----|--|--------|--|
| 銀行名 | | 口座番号 | |
| 支店名 | | 氏名（カナ） | |

- ご注意
- 1) 領収書を裏面に糊づけしてください
 - 2) 領収書には受診者名および摘要の記載が必要です
 - 3) 補助は年度内 1 回。重複した場合は返還していただきます
 - 4) 保険診療は補助の対象外です