ダイフク健康保険組合　御中

年　　月　　日

人間ドック・女性がん検診　補助金支給申請書

支給決定額　¥　　※健保記入

被保険者	記号		番号		事業所	
＜被保険者＞ 氏　名						
＜受診者名＞ フリガナ 氏　名					区分：本人・家族	日中連絡先：（　　）　－

申請区分	種類 該当するものに○	費用（領収書の金額）	受診日	補助額 ※健保記入
	人間ドック	円	年　月　日	円
	その他ドック	円	年　月　日	円
	乳がん（ﾏﾝﾓｸﾞﾗﾌｨｰ）	円	年　月　日	円
	乳がん（超音波/ｴｺｰ）	円	年　月　日	円
	子宮がん（頚部細胞診）	円	年　月　日	円

振込先 ※被保険者の口座のみ	銀行　　支店 普通・口座番号　（　　） 口座名義　カナ　（　　）

添付書類	
全員	**領収書（原本）**　・・・ 宛名は受診者。申請区分に応じ金額明細があること（但し書き可）。
被扶養者（家族）、任意継続加入者の「人間ドック」申請時は下記２点を追加	
	人間ドック健診結果　・・・ コピー
	特定健診（質問票）　・・・ 書式を印刷し、回答したもの

提出先　下記へ郵送ください。健康保険組合では受付を行いません。

【委託先】　〒859-3226 長崎県佐世保市崎岡町3068-9
ウィーメックス株式会社 健康検診部 ダイフク健康保険組合 償還払い担当宛

注意事項　下記ケースは補助対象にはなりません。
①費用が健保補助額に満たない時
②健康保険を使って受診した時　（保険診療・自己負担割合3割）
③市町村が助成・補助を行っている時　（例：市民向けがん検診）
④その他ドックで医療機関設定のコース名称が”○○ドック”でない時　（例：脳ＣＴ検査）
⑤家族・任継向け健診で同検査を申込・受診した時、二重での補助は受けられません。

区　分	健保補助額	
各種ドック	30,000円　※役員除く	
乳がん	10,000円	2025/4/1前の受診は、乳がん　8,000円
子宮がん	5,000円	子宮がん 4,000円