【2024年度】PET・脳ドック検査　費用補助申請書

**～健康診断を受けた方のみ補助対象となります～　（太枠内すべてご記入ください）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 記　入　日 | | 年　　　月　　　日　　　　　受診後すぐに提出ください | | | | | | | | |
| **①被保険者情報** | 健康保険  被保険者証 | 記　号 | 番　号 | | 事業所名 | | | | | |
|  |  | |  | | | | | |
| 被保険者氏名 | （フリガナ） | | | | | | | | |
|  | | | | |  |  | | |
| **②受診者** | 受診者氏名 |  | | 続柄 | |  | | | 年齢 |  |
| 携帯番号 |  | | | | | | | ※平日の日中に  連絡がつく番号 | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **③検査の受診情報** | 健康診断受診日（必須） | | | 年　　　月　　　日 | |
| 検査項目 | 支払総額 | 検査結果（必須） | | 病　名  (分かる範囲で記入してください) |
| PET検査 | 円 | 異常なし・再検査・経過観察・治療開始 | |  |
| 脳ドック検査 | 円 | 異常なし・再検査・経過観察・治療開始 | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 検査項目 | 対象者 | 補助条件 | 補助額 |
| PET検査 | 40歳以上の被保険者  　　　　　　被扶養者  ※定員５０名（申請受付順） | 1回／年度 | 上限50,000円 |
| 脳ドック検査 | 上限10,000円 |

**【注意事項】保険証を使用した場合は、補助申請の対象外です。**

**【 PET検査 】**

・PET検査に関しては、あくまでも検診目的で受けたものが補助申請の対象となります。

がんが見つかり、PET検査を行った場合は、補助申請の対象にはなりません。

**【 脳ドック検査 】**

・脳ドック検査に関しても、検診目的で受けたものが補助申請の対象となります。

頭痛があり病院を受診し、脳ドック検査を行った場合は、補助申請の対象にはなりません。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 【健保組合使用欄】　補助支給決定額 | 担当 | ＮＯ |
| \ |  |  |

**【 PET・脳ドック検査 費用補助申請に必要なもの 】**

**☑**申請前にご確認ください。全て必須書類です。

□PET・脳ドック検査 費用補助申請書

□領収書(写し可)

※領収書にPET･脳ドックの検査種別と検査費用の記載がない 場合、領収書に加え内訳が分かる書類を添付してください。

□検査結果(写し可)

【提出先】大王製紙健康保険組合 [総務課ara005@daiogroup.com](mailto:総務課ara005@daiogroup.com) 〒799-0403　愛媛県四国中央市三島朝日2-12-45