

【2025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			受診後すぐに提出してください		
①被保険者情報	健康保険の記号・番号が不明な場合は国のマイナポータルで要確認ください	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	

★健康診断受診日(必須) ※PET・脳ドック検査受診日ではありません	年 月 日
------------------------------------	-------

③検査の受診情報	検査項目	支払総額	検査結果(必須)	病名 <small>(分かる範囲で記入してください)</small>
	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歳以上の被保険者及び被扶養者 (任意継続被保険者及びその被扶養者は対象外) ※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】健康保険を使用した場合は、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。

【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)

【健保組合使用欄】 補助支給決定額	担当	NO
¥		