

## オプション健診補助金申請書（海外駐在者用）

|                  |          |               |           |           |         |
|------------------|----------|---------------|-----------|-----------|---------|
| 被保険者証記号番号        | 記号<br>番号 | 海外勤務先電話番号     |           |           |         |
| 勤務先名             |          | 所属部署名         |           |           |         |
| (フリガナ)<br>被保険者名  |          | メールアドレス※任意    |           |           |         |
| (フリガナ)<br>健診受診者名 |          | 健診受診者<br>生年月日 | 年         | 月         | 日 ( 歳 ) |
|                  |          |               | ※年度末年齢で記入 |           | 続柄      |
| 健診受診年月日          | 年        | 月             | 日         | 受診した健診機関名 |         |

■ 該当に○をし、健診受診金額を記入してください。

※①～⑧は年度内に各1回補助。

最終振込金額は、健保にて確認いたします。

| オプション健診 |            | 対象年齢<br>※年度末年齢 | 該当に○  | 健診受診金額を記載          | 自己負担 | 健保補助金額上限        | 備考                               | 補助金額確定額<br>(健保記入欄) |                                  |   |
|---------|------------|----------------|-------|--------------------|------|-----------------|----------------------------------|--------------------|----------------------------------|---|
| ①       | 子宮がん<br>健診 | 18歳以上<br>(女性)  |       | 子宮頸部細胞診・内診         | 円    | 健保補助金額<br>上限超過分 | ①・②両方オプションをつけた場合、14,300円まで健保補助適用 | 円                  |                                  |   |
|         |            |                |       | 子宮体部細胞診            | 円    |                 |                                  | 円                  |                                  |   |
|         |            |                |       | 経膈超音波              | 円    |                 |                                  | 円                  |                                  |   |
| ②       | 乳がん検<br>診  |                |       | 視触診                | 円    |                 |                                  | 健保補助金額<br>上限超過分    | ①・②両方オプションをつけた場合、14,300円まで健保補助適用 | 円 |
|         |            |                |       | 乳房超音波              | 円    |                 |                                  |                    |                                  | 円 |
|         |            |                |       | マンモグラフィ            | 円    |                 |                                  |                    |                                  | 円 |
| ③       |            |                | 骨密度検査 | 円                  |      |                 | 円                                |                    |                                  |   |
| ④       |            | 35歳以上          |       | 胃部X線または胃内視鏡        | 円    |                 |                                  | 円                  |                                  |   |
| ⑤       |            |                |       | 腹部超音波              | 円    |                 |                                  | 円                  |                                  |   |
| ⑥       | 肺がん健<br>診  |                |       | 胸部X線<br>(胸部CTは対象外) | 円    |                 |                                  | 円                  |                                  |   |
|         |            |                |       | 喀痰細胞診              | 円    |                 |                                  | 円                  |                                  |   |
| ⑦       |            |                |       | 眼底検査               | 円    |                 |                                  | 円                  |                                  |   |
| ⑧       |            |                |       | 便潜血検査              | 円    |                 |                                  | 円                  |                                  |   |

■ 振込先金融機関（被保険者名義の口座を記入してください。なお未記入の場合は給与口座に振込いたします。）

|       |          |  |                |      |  |
|-------|----------|--|----------------|------|--|
|       | 銀行<br>金庫 |  | 本店<br>支店       | 支店番号 |  |
| 普通・当座 | 口座番号     |  | (フリガナ)<br>口座名義 |      |  |

■ 以下の必要書類3つを、以下の送付先に送付してください。

|         |  |
|---------|--|
| 必要書類    | ①オプション健診補助金申請書（本紙）、②領収書(原本必須)、③領収書の日本語訳  |
| 送付先     | TTヒューマンアセットサービス（株）人事勤務シェアードサービス部（海外）健保担当<br>〒212-0058 神奈川県川崎市幸区鹿島田1-1-2 新川崎三井ビルディング West Tower 24階 |
| 申請書提出期限 | 健診受診日から3か月以内   |

■ お問い合わせ先

キオクシア健康保険組合    TEL : 03-6384-1333    E-mail : info@kioxia-kenpo.com

キオクシア健康保険組合 [2022年9月版]

健康保険組合記入欄

|      |   |
|------|---|
| 補助金額 | 円 |
| 振込金額 | 円 |
| 振込日  |   |

|     |     |
|-----|-----|
| 事務長 | 担当者 |
|     |     |