

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 ●●● 番号 ●●●	海外勤務先電話番号	●●● - ●●●● - ●●●●		
勤務先名	●●株式会社	所属部署名	●●部		
(フリガナ) 被保険者名	ケンポ タロウ 健保 太郎	メールアドレス※任意	●●●●●●● @ ●●		
(フリガナ) 健診受診者名	ケンポ ハナコ 健保 花子	健診受診者 生年月日	1981 年 7 月 1 日 ( 41 歳) ※年度末年齢で記入	続柄	妻
健診受診年月日	2021 年 7 月 15 日	受診した健診機関名	△△△△△クリニック		

■ 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 ※年度末年齢	該当に○	健診受診金額を記入	自己負担	健保補助金額上限	備考	補助金額確定額 (健保記入欄)	
①	子宮がん 健診	18歳以上 (女性)	子宮頸部細胞診・内診	○	5,000 円	健保補助金額 上限超過分	組み合わせ自由 上限7,150円	円	
			子宮体部細胞診		円			円	
			経膈超音波		円			円	
②	乳がん検 診	18歳以上 (女性)	視触診		円		組み合わせ自由 上限7,150円	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	○	4,500 円				円
			マンモグラフィ		円				円
③			骨密度検査		円		上限3,300円		円
④			胃部X線または胃内視鏡		円		上限14,300円		円
⑤			腹部超音波		円		上限6,050円		円
⑥	肺がん健 診	35歳以上	胸部X線 (胸部CTは対象外)		円		組み合わせ自由 上限8,250円		円
			喀痰細胞診		円	円			
⑦			眼底検査		円	上限1,320円		円	
⑧			便潜血検査		円	上限2,090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。）

キオクシア	銀行 金庫	東京	本店 支店	支店番号	●●●
普通・当座	口座番号	●●●●●●●●	(フリガナ) 口座名義	ケンポ タロウ 健保 太郎	

■ 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）人事勤労シェアードサービス部（海外）健保担当 〒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