

日付: 令和〇年〇月〇日

リケンテクノス健康保険組合理事長 殿

事業所名称 東京都〇〇区〇〇 〇〇-〇〇

所在地 〇〇〇株式会社

事業主 健保大四郎

㊟

生活習慣病予防健診補助金交付申請について  
(40歳以上 ※従来の定期健康診断に代えて実施される日帰り人間ドック)

下記の通り生活習慣病予防健診を実施したので、補助金の交付を受けたく申請いたします。

事業所(工場)名 〇〇〇株式会社 〇〇工場

責任者 工場長 〇〇〇〇

㊟

記

受診年月日: 令和〇年〇月〇日 ~ 令和〇年〇月〇日

実施検査名	実施人員	一人当たり単価	金額	備考
基本健診	15	48,000	720,000	
胃検診			0	
食道部 X線			0	
眼底検査			0	
尿検査			0	
血液検査			0	
大腸がん 1回			0	
大腸がん 2回			0	
子宮がん検査	3	5,000	15,000	
喀痰細胞診			0	
ピロリ菌検査	1	1,500	1,500	40歳以上で、過去に一度も検査を受けていない方
腫瘍マーカー			0	
高感度 P S A	10	2,500	25,000	50歳以上の男性(前立腺がん)
C E A (血液検査)			0	
C A 1 2 5 (血液検査)	5	2,500	12,500	40歳以上の女性
乳がん検診(エコー)	3	4,000	12,000	
乳がん検診(マンモグラフィ 1方向)			0	
乳がん検診(マンモグラフィ 2方向)	3	4,000	12,000	
肝炎ウイルス			0	40歳以上で、過去に一度も検査を受けていない方
小計 1			798,000	
小計 1 の半額			399,000	事業所と健康保険組合で折半
特定健康診査データ提供料			0	
小計 2			399,000	
消費税				※税込み金額
合計			399,000	

実施医療機関名: 〇〇診療所

検診名簿(結果表)、請求書、領収書を添付して下さい。