

最終的な受付期限	当該年度の翌月末とします。(例)2025年度の場合は、2026年4月末
健診結果到着後、下記2点をTDK健康保険組合へ提出 ①オプション検査料金の領収書(原本) ②必要事項を記入した「オプション検査補助金申請書」	

オプション検査補助金申請書

※太線内を記入し、提出ください。

申請者記入欄	申請日	令和 年 月 日								
	健診機関名(病院)									
	保険証記号・番号	記号	番号		被保険者			被扶養者		
	受診者氏名	(フリガナ)			男	生年月日(和暦) 昭和・平成				
					女	年 月 日(歳)				
	受診されたオプション検査について、ご記入ください。									
	検査内容	検査項目	受診日	金額(税込)	健保使用欄					
	乳がん	マンモグラフィ	/							
		超音波	/							
	子宮がん	婦人科診察+子宮頸部細胞診	/							
経膈超音波+子宮頸部細胞診		/								
前立腺がん	PSA	/								
脳検査	頭部MRI及びMRA	/								
心臓検査	MRI	/								
	CT	/								
	超音波	/								
	BNP	/								
				オプション検査の合計金額						
振込先指定口座	金融機関名称	銀行			支店					
	口座番号	普通	当座							
	口座名義				フリガナ					

●注意事項

受診した検査項目分の領収書の原本(写し不可)を裏面に糊付けしてください。
領収書には、受診された方の氏名及び検査項目を記載してもらってください。
※保険適用で受診(健康保険証やマイナ保険証を使用して受診、3割負担の金額で支払い)した場合は、補助金支給の対象外となります。