

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 7 年 ** 月 ** 日								
	健診機関名(病院)	〇〇〇病院								
	保険証記号・番号	記号	資格情報のお知らせ等に記載されている記号	番号	資格情報のお知らせ等に記載されている番号 ※枝番は記入不要です	被保険者		被扶養者		
	受診者氏名	(フリガナ) ニホンバシ タロウ			男	生年月日(和暦)		昭和	平成	
		日本橋 太郎			女	38年 12月 7日(61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		**/**	1,890					
	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	受診者名義の口座をご記入ください。			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。