

人間ドック

(被保険者・被扶養者)

契約健診機関で受診する場合の
補助金を20,000円に
増額しました!

人間ドック補助金制度のご案内

対 象 者	30 歳以上の被保険者および被扶養者 (2024 年 3 月末年齢)
申 請 期 間	2024 年 3 月 15 日まで
受 診 期 間	2023 年 4 月 16 日から 2024 年 3 月 31 日まで (1 回限り)
注 意 事 項	● 事前に申請せず受診した場合は、補助金の対象外となりますのでご注意ください。 ● 健保組合指定の健診項目をすべて受診してください。 (健診項目の一部を受診しない場合は、補助金の対象外となります) ● 妊娠中の方、妊娠の可能性のある方は受診を避けてください。
補 助 金 額 支 払 い 方 法	受診費用 (消費税含む) から健保補助金 (20,000 円) を差し引いた額を健診機関窓口でお支払いください。受診費用は健診機関によって異なりますので、詳しくは各健診機関にお問い合わせください。
申し込み方法	P2 の「人間ドック・レディース検診申込の流れ」をよく読んでから申請をしてください。

※契約外健診機関でご受診いただく場合は、健保補助金 15,000 円となります。
健診結果(紙)のデータ化にかかる外部委託費用の分としてご了承ください。

保険証を必ず
持参してください。

健康保険 被保険者証	本人 被保険者	令和〇年〇月〇日交付
記号 123 番号 4567	オダキュウ	(校番) 00
氏名 小田急 太郎	性別 男	
生年月日 昭平〇年〇月〇日	資格取得日 昭平〇年〇月〇日	ジェネリック医薬品を 希望します。
事業所名 ○○○○○○ 保険者番号 06137590 保険者所在地 東京都渋谷区初台1-47-1 保険者名称 小田急グループ健康保険組合 電話番号 03-3372-3860		

