健保記入欄					
受付年月日	年　月　日	常務理事印	事務長印	担当者印	資格確認印
支給決定年月日	年　月　日				

支給決定額	為替レート
円	＝　円（国名　）
	（　年　月　日現在）
（算定基礎）	

2025度 海外用健康診断費用申請書（被扶養者受診分）

申請日	

本人記入欄				
被保険者等の記号・番号		記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください		
氏名（本人署名）				
受診者	氏名		生年月日	年　月　日
			年齢	歳
受診機関	名称		受診日	
	所在地		年　月　日	

受診内容	当てはまるものに〇印	内容	支給上限額 ※年度ごとに上限の見直しあり
		基本検査（身体計測・腹囲測定・視力・血圧・心電図・聴力・血液検査・検尿）	12,900円
		肺がん検査（胸部レントゲン検査　直接撮影）	1,800円
		大腸がん検査（便潜血）2回法	1,400円
		胃がん検査（バリウム）又は胃部内視鏡検査（胃カメラ） ※対象40歳以上（2026年3月31日時点）	13,000円
		子宮頸がん検査（子宮頸部細胞診） ※対象20歳以上（2026年3月31日時点）	5,500円
		乳がん検査（視触診＋マンモグラフィー又は超音波エコー）　※対象30歳以上（2026年3月31日時点）	6,500円
健康診断費用		通貨（　）	

上記の通り申請します。以下の口座へ振込ください。
（海外送金できないため、日本国内の口座を記入ください。）

	銀行 金庫 組合		店
口座番号	□普通　□当座		
口座名義（カタカナ）			

※注意
・受診内容（日本語の翻訳が必要）と金額が確認可能な領収書（コピーでも可）を添付の上、申請願います。
・申請回数は1年に1回となります。※受診可能期間は、6月から12月末までです。
・毎月10日受付締め、当月末払いとなります。※必ず年度内にご提出ください。

2025/4/1改定