

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)
(算定基礎)	( 年 月 日現在)

2024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

被保険者証の 記号・番号		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○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 (2025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 (2025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 (2025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	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 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。