健保記入欄		
受付年月日	年　　月	
支給決定年月日	年　　月	
支給決定額		
（算定基礎）		

海外赴任に帯同している配偶者専用用紙です。

- **受診可能期間は、６月から12月末までとなっております。(必ず期限内に受診ください)**
- **申請する際は、受診内容と金額（日本語の翻訳が必要）が確認可能な領収書（コピーでも可）を必ず添付してください。**

記号・番号は①マイナーポータル②資格情報のお知らせ③資格確認書（健康保険証）のいずれかでご確認

2025年度 海外用　　（被扶養者受診分）

2025年9月1日

本人記入欄				
被保険者等の記号・番号		１－11111	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）		健保　太郎		
受診者	氏名	健保　花子	生年月日	1980　年　7　月　1　日
			年齢	45　歳
		edical Center Women’s Hospital	受診日	
		Blvd West Hollywood, CA 90069	2025　年　7　月　18　日	

各がん検診の単独受診はできません。基本検査と併せて受診ください。

受診内容	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
	〇	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
	〇	肺がん検査（胸部レントゲン検査　直接撮影）	1,800円
	〇	大腸がん検査（便潜血）2回法	1,400円
	〇	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
	〇	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
	〇	乳がん検査（視触診＋マンモグラフィー又は超音波コー）※対象30歳以上（2026年3月31日時点）	
健康診断費用		３５	

被保険者（本人）の日本国内の振込希望機関を記入してください。

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。）

大阪	銀行（○） 金庫 組合	大阪支	店
口座番号	☑普通　　当座	１０００００００	
口座名義（カタカナ）	ケンポ　タロウ		

※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