

健保記入欄

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。

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)

2024年度 海外用健康診断費用申請書 (被扶養者受診分)

申請日

2024年9月1日

本人記入欄

ご自分の健康保険証上部に記載されている記号番号欄の数字を記入してください。

1-1111

氏名
(本人署名)

健保 太郎

生年月日

1975年7月1日

年齢

49歳

受診者

氏名

健保 花子

Medical Center Women's Hospital

受診日

Blvd West Hollywood, CA 90069

2024年7月20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。

内容

支給上限額

※年度ごとに上限の見直しあり

ものに○印

受診内容

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コ) ※対象30歳以上(2025年3月31日時点)

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。

健康診断費用

35

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

1000000

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。