

令和7年度 疾病予防補助金請求書 (がん検診(人間ドック・特定部位ドック)、乳がん検診、子宮頸がん検診用)

【提出先】各事業所の 総務・人事担当者宛

以下の記号の事業所の方は、⇒の宛先へ提出してください。(事業所名略)

- ▷ 1001/2401/3001 ⇒ ENEOS 大連人事センター (あて先欄に「NO. 47」、「ドック」と追記してください)
※外部出向等で社内便が使えない場合: [〒100-8161 東京都千代田区大手町一丁目1番2号 ENEOS(株) 大連人事センターNo.47 メールセンター経由]に送付してください。
- ▷ 1088 ⇒ ENEOS Xplora(株) 人事部給与厚生グループ(健康保険担当)宛
⇒ ENEOSマテリアル社内便の宛先は「人事サ」、 ENEOSグループ社内便の宛先は (株)ENEOSマテリアル本社(夕留)経由人事サ
- ▷ 3046 ※社内便が使えない場合: [〒850-0046 長崎県長崎市幸町7-1 長崎スタジアムシティ NORTH7階 株式会社シーエーシー内 株式会社ENEOSマテリアル 人事業務サービス 宛]に送付してください。
- ▷ 8888 ⇒ ENEOSグループ健康保険組合 宛 [〒231-8335 神奈川県横浜市中区桜木町一丁目1番地8 日石横浜ビル]

私(申請者)は、給付業務に必要な個人情報をENEOSグループ健康保険組合が使用することについて、この届出により承諾いたします。

- (注)
- ・ 領収書(原本)はこの請求書の裏面にのりで貼付してください。
 - ・ 健康保険を使つての検診(健診)は医療行為(本人3割負担/健保7割負担)となり、当疾病予防事業の補助対象外となりますのでご注意ください。
 - ・ 契約の健診機関で受診した際に、窓口へ受診票を提出した方はこの請求書は使用できません。

提出期限: 令和8年3月31日(火) 健保組合必着

記入日	令和 ○○年○○月○○日
-----	--------------

被保険者(本人)について記入してください。

記号:	〒 ○○○ - ○○○○	事業所(勤務先会社)名 <small>任意継続者の方は「任継」と記入してください。</small>	○○○○株式会社	内線または外線電話
番号:	住所 ○○県○○市○○町1-1-1	事業部、製油所、支店等	○○○○事業部	日中連絡がとれる電話番号を記入してください。 ○○-○○○○-○○○○
※枝番は記入しないでください。	氏名 健保 陽子	所属部署名	総務部	

該当する検診項目“□”にレ点(チェックマーク)を記入してください。
人間ドック、特定部位ドックを受診した場合は、そのコース名を記入してください。(例: 脳ドック、PET検査 等)

<健保組合記入欄>

受診者(検査を受けた者)	検診項目	補助上限(税込)	添付書類(本請求に必要なとなる書類)	医療機関での支払額	支給決定額
被保険者(本人)	<input checked="" type="checkbox"/> がん検診 (人間ドック・特定部位ドック)	30,000円	①受診者名宛領収書(原本)②ドック受診票(原本)③検査結果全部の写し 受診したドック名・健診コース名()	45,000円	円
	<input checked="" type="checkbox"/> 乳がん検診	6,000円	①受診者名宛領収書(原本) ※領収書に乳がん検診の記載が無い場合は、明細または結果(写し)を添付してください。 □乳腺超音波(エコー) / <input checked="" type="checkbox"/> マンモグラフィー	6,500円	円
	<input checked="" type="checkbox"/> 子宮頸がん検診	3,000円	①受診者名宛領収書(原本) ※領収書に子宮頸がん検診の記載が無い場合は、明細または結果(写し)を添付してください。 <input checked="" type="checkbox"/> 細胞診 / □HPV検査	3,000円	円
合計					円

※任意継続被保険者は、「疾病予防補助金請求書(家族・任意継続者健康診断用)」をご使用ください。

<健保組合記入欄>

受診した医療機関	
機関名	○○○病院健診センター
受診日	令和○○年○○月○○日

支給 支出 決定 伺	支払日 令和								
	常務理事	事務長	担当者						

事業所担当者の記入欄ですので、ご本人の記入は不要です。

<事業所担当者記入欄>

事業所名	
上長	担当者

<個人情報保護関係>情報の管理方法等は当健保組合ホームページに詳細を掲載しています。