

「PET検診」補助のご案内

【対象者】

年度内(4月1日～3月31日)に満40歳以上となる被保険者(本人)および被扶養者(家族)

【受診期間】 4月1日から3月31日まで

【検診内容】

「PET検診」に追加される受診コース毎の検査項目は受診機関により異なりますので予約時に提携先の【ウェルネスコールセンター】におたずねください。

当健保組合が実施している「女子がん検診」や人間ドックにおけるがんに関する検査項目と、できるだけ重複しないように受診コースをお選びください。

【受診機関】

補助の対象となる受診機関は「PET検診」受診機関一覧のとおりです。

料金は受診機関・受診コース毎に異なります。(概ね10万円程度から)

詳しくは予約時に提携先のウェルネスコールセンターにおたずねください。

【健保からの補助金】

50,000円(年度1回限り)

受診者が受診時に全額立替払いし、後日健保組合から支給します。

ウェルネスコールセンターに予約申込されなかった場合は補助の対象となりませんのでご注意ください。

【申込方法】

1. 利用者ご自身が提携先のウェルネスコールセンターへ電話で予約して下さい。
フリーダイヤル 0120-805-369
受付時間 平日 9:30～17:30 (年末・年始、夏季休暇あり)
予約申込の際、健康保険証をお手元にご用意下さい。
2. 料金は当日受診者が全額立替えてお支払い下さい。

【精算方法】

3. 受診後、「PET検診補助金請求書」を健保組合まで提出して下さい。
提出時、
・受診者宛領収書(PET検診利用を明記した原本)
・結果報告書の所見または総合判定等のコピー(PET検査とわかるもの)を必ず添付

【提出期限】

4. 受診の翌月末
5. ご請求のあった翌月末までに補助金50,000円を指定された銀行口座へお振込みいたします。

なお、当健康保険組合は「PET検診」についての案内および料金の補助はいたしますが、受診の決定については受診機関とご相談のうえご自身の判断でお願いいたします。

以上

提出期限:受診日の翌月末迄(必着)

「PET検診」補助金請求書【社員】

SMBC 日興証券グループ健康保険組合 御中

下記のとおり「PET検診」を受けましたので補助金を請求します。

請求日:令和 年 月 日

被保険者	⑩	(記号番号 健康保険証の)	()	所属	
				所属 TEL	() -

※太枠内をご記入ください。

	受診者氏名	続柄	生年月日	受診年月日	PET検診を受診した医療機関名	支払額(税込み)	支給額
1			昭和 年 月 日 (歳)	令和 年 月 日		_____ 円	_____ 円
2			昭和 年 月 日 (歳)	令和 年 月 日		_____ 円	_____ 円
3			昭和 年 月 日 (歳)	令和 年 月 日		_____ 円	_____ 円
						健保組合 記入欄	支給決定額 _____ 円

・対象者一人につき 50,000 円の補助となります。
・続柄は、被保険者＝本人 被扶養者＝夫・妻・長男・長女・父・母等の名称でご記入ください。

【補助金の振込先】被保険者名義の銀行口座をお間違いのないようご記入ください。

被保険者:口座名義(カタカナ)

銀行名	銀行コード	支店名	支店コード	種目	口座番号(右詰で記入)
				・普通 ・当座	

【補助金請求時のご注意】

- ・PET検診を実施した医療機関発行の受診者宛領収書(PET検診利用を明記した原本)
- ・結果報告書の所見または総合判定等のコピー(PET 検査と分かるもの)を必ず添付

【提出期限】 受診の翌月末

【お問合せおよび補助金請求先】 ※社内便または郵送

〒103-0016 東京都中央区日本橋小網町 9-2

SMBC 日興証券グループ健康保険組合 保健事業グループ

TEL:03-3660-2792

【健保組合記入欄】

係	係	領収書確認日	結果報告確認日	補助金支給日

