契約外医療機関費用精算書（被保険者）

被保険者証記号番号		日中連絡がとれる電話番号			
被保険者名		メールアドレス※任意			
健診受診者名		生年月日	年　月　日（　歳）	続柄	
受診年月日	年　月　日	受診した医療機関名			

■該当する健診に〇をして、受診金額を記入してください

健診コース	対象年齢	該当に〇	健診受診金額	自己負担	健保補助金額上限	健保記入欄
定期健康診断	全年齢			0円	全額	
生活習慣病健診	30歳以上			3,000円	3,000円超過分	
人間ドック	35歳			0円	全額	
	36歳以上			10,000円（※但し、健診費用総額が5万円を超える場合、5万円超過分は自己負担金に加算されます。）	10,000円超過分	
婦人科検査（子宮頸部細胞診/乳房超音波/マンモグラフィ）※組合せ自由	全年齢			健保補助超過分	10,000円	
胃部X線または胃内視鏡（定期健診対象者のみ）	30歳以上				7,130円	
動脈硬化度検査（頸動脈超音波/血圧脈波）※組合せ自由	35歳以上				2,550円	
肝炎ウイルス検査（HBs抗原+HCV抗体）※両方実施が必須					2,040円	
甲状腺機能検査（甲状腺ホルモン）					3,570円	
肺がん検査（胸部CT）					7,130円	
ABC検診					3,570円	
脳MR検査（頭部MRI+MRA）※両方実施が必須	35歳および40歳以上の3歳刻み				20,370円	

■振込先記入機関※被保険者名義の口座を記入してください

銀行 金庫	本店 支店	支店番号		
普通 ・ 当座	口座番号		口座名義（カナ）	

この精算書と一緒に「領収書（原本）」と「健診結果表（写）※」を添付して日立ジョンソンコントロールズ空調健康保険組合までお送りください。　※健診結果表は全ての項目をコピーしてください。

精算書提出期限日　2025年3月31日（月）必着

※健診結果表が未着で遅れる場合は連絡してください。

■提出先／お問い合わせ先

日立ジョンソンコントロールズ空調健康保険組合

〒151-0051　東京都渋谷区千駄ヶ谷5-21-12　S-FRONT代々木ビル２F　日立ジョンソンコントロールズ空調健康保険組合事務処理センター

TEL 03-6384-1530　　info@jch-kenpo.com

健康保険組合記入欄

補助金額	円
振込金額	円
振込日	

常務理事	事務長	担当者	担当者