契約外医療機関費用精算書
（被扶養者・任意継続被保険者・特例退職被保険者）

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
生活習慣病健診	任継・特退被保険者 30歳以上			3,000円	3,000円超過分	
	被扶養者 任継・特退被扶養者 30歳以上			健保補助 超過分	32,000円	
人間ドック	被扶養者 任継・特退被保険者 任継・特退被扶養者 35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	
特定健診	被扶養者 任継・特退被保険者 任継・特退被扶養者 40歳以上			健保補助 超過分	8,000円	
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	被扶養者 任継・特退被保険者 任継・特退被扶養者 30歳以上			健保補助 超過分	7,000円	
胃部X線または胃内視鏡 （特定健診対象者のみ）	被扶養者 任継・特退被保険者 任継・特退被扶養者 40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	被扶養者 任継・特退被保険者 任継・特退被扶養者 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	被扶養者 任継・特退被保険者 任継・特退被扶養者 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