

精密検査費用補助のご案内

会社定期健診やCKD健保主催の各種健診・検査の結果が「要精検・要治療」となった方に対し、精密検査費用の一部を補助。要精密検査となったら放置せず、速やかに再受診し、早期発見・早期治療下さい。

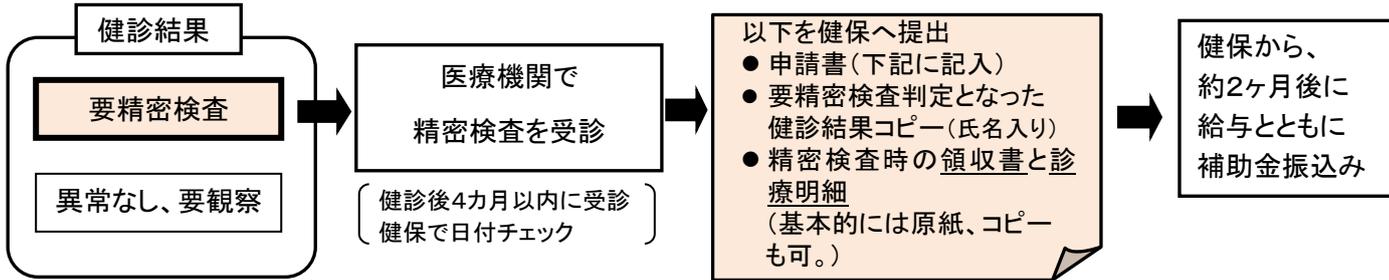
- 対象健診 : 2024年4月1日以降に受診した定期健康診断、人間ドック、大腸・肺・乳がん・子宮がん検査（CKD健保主催のもの）、共同巡回健診、全国巡回健診
- 対象者 : 上記健診の結果が「要精密検査(要精検)」判定になり、健診後4カ月以内(原則)に下記精密検査を受けた **被保険者(社員本人)**及び**被扶養配偶者(妻)**
※任意継続被保険者(保険証記号が999)の方及びその被扶養者の方は除く
- 申請期間 : 2024年4月1日～2025年4月11日(必着)

4. 補助対象項目

◆対象精密検査(ただし、1人2回/年とし、1回で2種類の精密検査の補助をする場合は2回とカウントする。)

精密検査	補助金額(上限)	精密検査	補助金額(上限)
①X線検査(胃バリウム・マンモグラフィ・大腸造影・胸部レントゲン等)	1,500円	⑥細胞・組織診(乳房・子宮等)コルポ診(子宮)	1,500円
②カメラ・内視鏡検査(胃・大腸等)	3,500円	⑦胸腔鏡検査	10,000円
③超音波検査(腹部・乳房・子宮・心臓等)	1,500円	⑧気管支鏡検査	5,000円
④MRI・CT	5,000円	⑨心電図・運動負荷心電図・ホルター心電図	3,500円
⑤便潜血検査	1,000円		

5. 申請方法



切り取り線

精密検査費用補助申請書 (1人1枚)

担当: K 健保 鬼頭

保険証 記号・番号	記号	番号	事業所 名称 (該当に○)	CKD(株) CKD-X 健保・基金	被保険者 (社員本人) 氏名	職番	受診者			続柄 (該当に○)	本人 配偶者
	部署						内線	氏名	年		
A: 要精密検査と判定された健診機関名			A: 受診日			年	月	日	受診した健診・検査 以下から該当に○印 1 一定年齢人間ドック 2 人間ドック 3 定期健康診断 4 がん検査 5 巡回健診		
B: 精密検査を受けた医療機関名			B: 受診日			年	月	日			
精密検査内容 (該当に○)	① X線	② 内視鏡	③ 超音波	④ MRI・CT	⑤ 便潜血	⑥ 細胞・コルポ診	⑦ 胸腔鏡	⑧ 気管支鏡	⑨ 心電図		
補助金額(上限)	1,500円	3,500円	1,500円	5,000円	1,000円	1,500円	10,000円	5,000円	3,500円		

◆「要精密検査判定」となった健診結果、精密検査時の領収書をこの申請書に添付して健保組合までお送りください。

注) 申請内容について、健保組合では皆様の健康状態を把握し、保健事業の企画や運営のための資料として、使用させていただく場合があります。これは、個人名でのデータを使うものではありません。

また、被保険者(社員本人)の場合、精密検査を受診された事について、会社(健康管理室)と情報を共有させていただきます。

以上をご了承の上、申請書を提出願います。

※健保記入欄	支給額	円
--------	-----	---