

# 【2024 年度】PET・脳ドック検査 費用補助申請書

～健康診断を受けた方のみ補助対象となります～ (太枠内すべてご記入ください)

記入日		年 月 日		受診後すぐに提出ください	
①被保険者情報	健康保険 被保険者証	記号	番号	事業所名	
	被保険者氏名	(フリガナ)			
②受診者	受診者氏名			続柄	年齢
	携帯番号				※平日の日中に 連絡がつく番号

③検査の受診情報	健康診断受診日 (必須)		年 月 日	
	検査項目	支払総額	検査結果 (必須)	病名 <small>(分かる範囲で記入してください)</small>
	PET 検査	円	異常なし・再検査・経過観察・治療開始	
	脳ドック検査	円	異常なし・再検査・経過観察・治療開始	

検査項目	対象者	補助条件	補助額
PET 検査	40 歳以上の被保険者 被扶養者 ※定員50名 (申請受付順)	1 回/年度	上限 50,000 円
脳ドック検査			上限 10,000 円

**【注意事項】 保険証を使用した場合は、補助申請の対象外です。**

## 【 PET 検査 】

- PET 検査に関しては、あくまでも検診目的で受けたものが補助申請の対象となります。  
がんが見つかり、PET 検査を行った場合は、補助申請の対象にはなりません。

## 【 脳ドック検査 】

- 脳ドック検査に関しても、検診目的で受けたものが補助申請の対象となります。  
頭痛があり病院を受診し、脳ドック検査を行った場合は、補助申請の対象にはなりません。

## 【PET・脳ドック検査 費用補助申請に必要なもの】

申請前にご確認ください ※すべて必須

- PET・脳ドック検査 費用補助申請書
- 領収書(写し可)
- 診療明細書(写し可) ※検査項目が細かく記載されているもの
- 検査結果(写し可)

【健保組合使用欄】 補助支給決定額	担当	NO
¥		