

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	
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○をして、受診金額を記入してください

健保補助上限額を超えた金額をPhiliFlexポイントで精算する場合は「PhiliFlex使用ポイント」欄に精算希望ポイントを記入してください

健診コース	対象年齢等	該当 に○	健診受診金額	健保補助 上限金額	PhiliFlex 使用ポイント	健保記入欄
定期健康診断	35歳未満			10,000円	P	
生活習慣病健診	35歳以上			30,000円	P	
人間ドック	35歳以上			50,000円	P	
子宮頸がん検査	全年齢（女性）			5,500円	P	
乳がん検査 （超音波検査）	全年齢（女性）			5,500円	P	
乳がん検査 （マンモグラフィー）	全年齢（女性）			5,500円	P	
胃部内視鏡	全年齢			0円 ポイント精算のみ	P	
脳ドック （CT or MRI/MRA）	40歳以上			20,000円	P	
肺がん健診（胸部CT）	40歳以上			5,000円	P	
骨粗しょう症検診	全年齢（女性）			0円 ポイント精算のみ	P	
腹部超音波検査	35歳未満			0円 ポイント精算のみ	P	
その他検査 （ポイント精算）	-			0円 ポイント精算のみ	P	

■ 40歳以上の方は下記の質問に回答してください

1. 血圧を下げる薬を飲んでいる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2. インスリン注射または血糖を下げる薬を飲んでいる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3. コレステロールを下げる薬を飲んでいる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
4. 現在、たばこを習慣的に吸っている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

■ 振込先金融機関※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）」※を添付してフィリップス・ジャパン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 受診年度の3月末日必着 ※健診結果表が未着で遅れる場合は連絡してください。

※PhiliFlexポイントで精算する場合は受診年度の2月末日必着になります。

■ 提出先／お問い合わせ先

フィリップス・ジャパン健康保険組合 TEL 03-6384-2270 info@philips-kenpo.com

〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷5-23-5 代々木イースト8階

健康保険組合記入欄

補助金額 ①	円
使用ポイント ②	P
振込金額 ①+②	円
振込日	

【備考欄】