

契約外医療機関費用精算書（被扶養者）

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）
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」や「自己負担額」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【健保からの支給額は受診金額から自己負担額を引いた金額です※健保補助上限金額にご注意ください】

例：定期健診費用15,000円を医療機関で支払った場合

健診費用15,000円 - 自己負担額1,000円 = 14,000円 健保補助上限金額が10,000円のため10,000円が支給されます
自己負担額1,000円と健保補助上限金額を超えた4,000円はPhiliFlexポイントで精算が可能です

健診コース	対象年齢等	該当 に○	健診受診金額	自己負担額	PhiliFlex 使用ポイント	健保補助 上限金額
定期健康診断	35歳未満			1,000円	P	10,000円
生活習慣病健診	35歳以上			なし	P	30,000円
人間ドック	35歳以上			12,000円	P	50,000円
子宮頸がん検査	全年齢（女性）			なし	P	5,500円
乳がん検査 （超音波検査）	全年齢（女性）			なし	P	5,500円
乳がん検査 （マンモグラフィ）	全年齢（女性）			なし	P	5,500円
胃部内視鏡	全年齢			なし	P	0円 ポイント精算のみ
骨粗しょう症検診	全年齢（女性）			なし	P	0円 ポイント精算のみ
腹部超音波検査	35歳未満			なし	P	0円 ポイント精算のみ
その他検査 （ポイント精算）	-			なし	P	0円 ポイント精算のみ

■ 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 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】