

検診費用補助申請書

信濃毎日新聞健康保険組合理事長様

請求者 会社名 _____

職場名 _____

被保険者 _____

保険証の記号 _____ 番号 _____

1. 検診を受けた病院 _____

2. 受 診 者 _____

3. 検 診 日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

4. 検 査 項 目 (受けた検査に○印を)

- ・前立腺がん検診
- ・肺がんらせんCT検診
- ・動脈硬化検診
- ・乳がん検診
- ・子宮がん検診
- ・骨密度
- ・胃検診
- ・大腸検診
- ・健康診断
- ・人間ドック

<支払方法について>

健保登録口座にお振込みいたします。(被保険者の口座)

※この申請書に領収書・診療明細書(受診者・検診日・検査内容(例:動脈硬化検診〇〇円等))が明記されているもの。※コピー不可)を添えて、健保組合までご提出ください。

..... (健保記入欄)

検 査 項 目	
検 診 費 用	円
本 人 負 担 額	円
健 保 補 助 額	円
支 払 日	令和 年 月 日