

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 信濃毎日新聞(株)  
職場名 報道部  
被保険者 健康 花子  
保険証の記号 00 番号 0000

1. 検診を受けた病院 ○○総合病院  
2. 受診者 健康 花子  
3. 検診日 令和 6 年 5 月 13 日  
4. 検査項目 (受けた検査に○印を)

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

<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○○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  | ※こちらには記入しないでください<br>(信毎健保記入欄) | 円        |
| 本人負担額 |                               | 円        |
| 健保補助額 |                               | 円        |
| 支払日   |                               | 令和 年 月 日 |

添付する領収書の見本

発行日 令和00年00月00日

受診日

領収書

健保 花子 様

¥10,000-  
(うち消費税額 10%対象 ¥909-)

マンモグラフィ 4,000 円 (税込)  
乳房超音波検査 4,000 円 (税込)  
骨密度検査 2,000 円 (税込)

△△病院  
登録番号 T00000000000000

受診者の氏名

検査内容  
それぞれの  
金額の記載

添付する診療明細書の見本

領収証

〇〇県〇〇市〇〇丁目〇〇番地〇〇  
〇〇病院 TEL:000-0000

受診日

患者番号  
XXXXXXXX

患者氏名  
健保 花子

請求期間  
令和00年00月00日

入・外  
令和00年00月00日

保険者番号  
XXXXXXXX

負担割合  
3割

本・家  
本人

初・再診料  
74 点

入院料等

医学管理等

在宅医療

検査  
1,165 点

画像診断

投薬

注射

リハビリテーション

精神科専門療法

処置

手術

麻酔

放射線治療

病理診断

保険外負担  
予防接種

人間ドック

診断書料

食事代

保険  
合計 1,239 点  
負担額 3,720 円

保険  
1,239 点

保険外負担

前回未収金

優待・助成金額

請求金額  
3,720 円

領収金額  
3,720 円

領収印  
領収  
令和00年00月00日  
〇〇病院

※注意※  
領収証と診療明細書が、2枚に分かれて  
いる場合はどちらも提出してください。

受診者の氏名

検査内容  
(どんな検査をしたか、どんな薬剤  
を使用したか等の記載)

診療明細書

| 区分    | 内容                                                                                                                                                              | 単価(点) | 回数 | 合計(点) |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----|-------|
| 初・再診料 | *再診料                                                                                                                                                            | 74    | 1  | 74    |
| 検査    | *胃・十二指腸ファイバースコーピー<br>キシロカインポンプスプレー8% 0.04g<br>ガスコンドロップ内用液2% 5ml<br>キシロカインゼリー2% 10ml<br>キシロカインビスカス2% 4ml<br>グリビナ液0.05% 2ml<br>炭酸水素ナトリウム 1g<br>プロナーゼMS 20,000単位 1 | 1165  | 1  | 1165  |