

検診補助金請求書

申請日 年 月 日

従業員コード		所属	被保険者氏名
被保険者証			(フリガナ)
記号	番号		

該当する項目に○	人間ドック(被保険者本人) ・ 人間ドック(家族)			
受診者	氏名	(フリガナ)	性別	生年月日
			男・女	昭和 平成 (年齢 歳)
受診年月日	年 月 日			
健診機関	名称			
検診の内容	検診の種類	受診健診に○	検査料	備考
	生活習慣病検診		円	
	人間ドック		円	実費を記入。契約外病院で健診した場合のみ。
	胃部内視鏡検査		円	
	腫瘍マーカー		円	オプションで窓口支払いをした場合のみ対象。
		合計	円	

給与振込先銀行口座・口座番号を下記に記入して下さい。

銀行	支店	普通預金:
預金者名義人		被保険者本人

提出要件

- 1.人間ドック、生活習慣病健診をなとり健康保険組合の契約医療機関以外で受診された方は提出して下さい。契約医療機関で受診された場合は提出の必要はありません。
- 2.胃部内視鏡検査、腫瘍マーカーの補助金申請については、契約医療機関、それ以外に係らず提出して下さい。

添付書類

- 1.領収書(受診者本人宛のもので、レシートやコピーは不可)
- 2.人間ドック、生活習慣病健診の受診者は質問票(問診票)及び検査結果表のコピー

補助金決定額

生活習慣病健診	円
人間ドック	円
胃部内視鏡検査	円
腫瘍マーカー	円

常務理事	事務長	係

受付年月日