

「人間ドック・がん検診」 補助金請求書

【被保険者】 *任意継続被保険者の場合、「会社名・勤務箇所」欄は記入不要。

氏名		被保険者証	記号	
会社名			番号	
勤務箇所		連絡先電話番号	()	

【受診者】

フリガナ 氏名		続柄	1. 本人	2. 被扶養者	1. 配偶者 2. その他
生年月日	1. 昭和 2. 平成	年 月 日 (満 歳)	性別	1. 男 2. 女	
住所	〒			電話番号 ()	
受診日	平成 年 月 日				
受診機関	所在地			機関名	
	都・道 府・県	地区			

【補助金請求内訳】 ※ 保険証は使えません

		a. 健診費用総額	b. 補助金請求額 (補助限度額以内)
1. 人間ドック	日帰りコース (基本) ※	円	円 (a-自己負担額)
	婦人科検診 オプション ※	乳がん	円
		子宮頸がん	円
2. がん検診 ※		円	円

※人間ドック がん検診等 補助限度額上限 (税込)	人間ドック: 30,000円		
	胃がん: 5,000円	肺結核(がん): 3,500円	大腸がん: 2,000円
	乳がん: 5,500円	子宮頸がん: 3,500円	肝炎(B・C型): 3,500円

日本旅行健康保険組合 理事長 殿
上記のとおり、補助金の請求をします。
平成 年 月 日

被保険者氏名 _____ (印)

(注) 原則として、補助金は給与振込となります。

なお、任意継続の方は、下記に振込先をご記入願います。

金融機関名	
支店名	
口座番号 (普通・当座)	
名義人名 (カナ)	

《添付書類》

- ① 健診費用の領収書 (原本)
- ② 健診結果報告書 (写し)
- ③ 問診票 (申請書C-19) ※人間ドック補助金請求の場合

《注意》 3月は健保の年度末です。補助金請求書の提出は、4月5日までに必着で願います。

伺い年月日 平成 年 月 日	決議	常務理事	事務長	課長	担当者	健保受付印
振込依頼日 平成 年 月 日						
文払 確定 額 円	備考					