

《被保険者及び被扶養者用》
人間ドック補助額請求書（契約外健診機関）
兼
がん検診補助額請求書（乳がん・子宮がん・前立腺がん）

R3.4改訂

健康保険組合使用欄	
※本書を決議書へ添付	
常務理事 ←	事務長 ← 係
ドック健診料	円
一部負担金 ▲	円

添付書類

- 健診結果のコピー
- 以下の条件を満たす領収証（原本）
 - 受診者個人名宛て
 - ドック、がん検診等、補助対象の健診（検診）
料金が明記されている

必ずこの枠内をご確認いただき
添付書類を揃えてご提出ください。

【補助の対象となる人間ドック】

- 当組合が指定する基本検査項目を網羅する標準的なコースのドック。
- 指定以外の項目（腫瘍マーカー・脳ドック・胸部CT・PET等）が含まれるドックは補助対象外、またはその健診機関の標準的なコースのドック料金までの補助となります。
- 1泊2日ドック等の特別なドックは補助対象外です。

■私は貴組合が定める要件に同意 この申込書を記入した日にちです。 (被保険者)が記入してください

請求日	令和 3 年 9 月 20 日	保険証 記号 - 番号	1 - 12345
被保険者名	※自署の場合印鑑省略可 健保 太郎 (印) 生年月日 昭和 35 年 6 月 20 日		
住 所	〒 000 - 0000 電話 000 - 000 - 0000 現在お住まいの住所をご記入ください 捺印をお忘れなく。		
事業所名	株式会社スズケン	所属部署名	00支店00課 電話 - -
受診者が被扶養者の 場合に記入 受診者名	健保 花子	生年月日	昭和 40 年 10 月 25 日 続柄 妻
受診日	令和 3 年 8 月 5 日	がん検診に市町村などの助成がある場合や 保険診療で受診した場合は請求対象外です。	
健診料金 (消費税込)	人間ドック 0000 円	乳がん 0000 円	
	前立腺がん 円	子宮がん 0000 円	合計 0000 円
※補助額上限	人間ドック:受診料の5割(上限27,000円) 前立腺がん:3,000円 乳がん:3,800円 子宮がん:1,500円		

【支払金融機関】社員(被保険者)名義の口座。金融機関名・支店名は最新の名称で正確にご記入下さい。

銀行名	0000 銀行 信用金庫 000 本 支店 その他()
預金種別	普通 ・ その他() フリガナ ケンポ タロウ
口座番号	1 2 3 4 5 6 7 口座名義 健保 太郎

※ お支払いまでに4カ月程度時間を頂戴することがありますので了承ください。またお支払い時期に関するお問い合わせは
特段の事情以外はご遠慮ください。地域的な事情以外、契約健診機関での受診を考慮ください。