

健保組合記入欄（記入不可）

支給決議書	同年月日	令和	年	月	日	常務理事	事務長	会計	扱者	被扶養者 台帳照合印				
	支払年月日	令和	年	月	日									
	支払額	款	項	目	拾万	万	千	百	拾	円	資格 得 喪	年	月	日
											認定日	年	月	日

契約外医療機関日帰り人間ドック等費用申請書

申請日 年 月 日

下記の通り、全額個人負担にて受診した人間ドック費用の申請をいたします。

添付物：領収書（原本）・人間ドック結果（写）

健康保険証		勤務先	所属	
記号	番号			
申請者名 (被保険者)		(印)	連絡先	
受診者名			続柄	
受診日				
医療機関名				
[検査項目] 右記以外の検査項目は健保の補助対象外です。	検査項目	検査料金(税込)	健保補助額(7割) ※上限があります	
	どちらか	基本コース	円	円
		基本コース(胃カメラ付)	円	円
		内視鏡(胃カメラ)検査 ※胃カメラ付き基本コース除く	円	円
	50歳以上	肺CT検査	円	円
		脳MRI/MRA/CT検査	円	円
		合計	円	円
備考				
検診料(領収書額)	円	申請額※	円	

※医療機関が提示する検査項目に基づいて算出される金額と差異が生じる場合がございます。予めご了承ください。

『振込先』 *被保険者名義の口座をご記入ください。

金融機関名称 ※金融機関種別を○で囲んでください	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合	金融機関 記号	
支店名称 ※支店種別を○で囲んでください	<input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所	店番	
預金種類	普通預金	口座番号	
口座名義(カナ)			