

人間ドック等補助金請求書（一般健診機関用）

請求額 円

記 番 号 号	受診者氏名	性別	生年	被保険者 被扶養者	実施年月日	人間ドック等の種類	合計金額
.		男	S H	被保険者		①人間ドック・脳ドック、②肺がん検診(胸部X線検査等)	円
		女	被扶養者	③胃がん(胃部X線検査・内視鏡等)			
				④大腸がん(便潜血検査・内視鏡等)			
				⑤子宮頸がん検診、⑥乳がん検診、⑦歯科検診			
				⑧その他検診()			
男	S H	被保険者	①人間ドック・脳ドック、②肺がん検診(胸部X線検査等)	円			
女	被扶養者	③胃がん(胃部X線検査・内視鏡等)					
		④大腸がん等(便潜血検査・内視鏡等)					
		⑤子宮がん検診、⑥乳がん検診、⑦歯科検診					
		⑧その他検診()					
男	S H	被保険者	①人間ドック・脳ドック、②肺がん検診(胸部X線検査等)	円			
女	被扶養者	③胃がん(胃部X線検査・内視鏡等)					
		④大腸がん等(便潜血検査・内視鏡等)					
		⑤子宮がん検診、⑥乳がん検診、⑦歯科検診					
		⑧その他検診()					
男	S H	被保険者	①人間ドック・脳ドック、②肺がん検診(胸部X線検査等)	円			
女	被扶養者	③胃がん(胃部X線検査・内視鏡等)					
		④大腸がん等(便潜血検査・内視鏡等)					
		⑤子宮がん検診、⑥乳がん検診、⑦歯科検診					
		⑧その他検診()					
男	S H	被保険者	①人間ドック・脳ドック、②肺がん検診(胸部X線検査等)	円			
女	被扶養者	③胃がん(胃部X線検査・内視鏡等)					
		④大腸がん等(便潜血検査・内視鏡等)					
		⑤子宮がん検診、⑥乳がん検診、⑦歯科検診					
		⑧その他検診()					

上記のとおり請求いたします。

年 月 日

労働者健康安全機構健康保険組合理事長 殿

被 保 険 者
氏 名

- (注)
- この請求書は、一般健診機関(労災病院等以外)で実施した場合の請求に使用してください。
 - 人間ドック等の種類欄は、実施した検診等の種類のすべてを○で囲んでください。
 - この請求書には、健診機関が発行した領収書(原本又は写)及び、結果表(写)を添付してください。