

提出用

## 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	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
.	フリガナ	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
	-----					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( )					
.	フリガナ	男	S H	被扶養者		①人間ドック・脳ドック、②肺がん検診(胸部X線検査等)	円
	-----					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( )					
.	フリガナ	男	S H	被扶養者		①人間ドック・脳ドック、②肺がん検診(胸部X線検査等)	円
	-----					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( )					
.	フリガナ	男	S H	被扶養者		①人間ドック・脳ドック、②肺がん検診(胸部X線検査等)	円
	-----					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( )					
.	フリガナ	男	S H	被扶養者		①人間ドック・脳ドック、②肺がん検診(胸部X線検査等)	円
	-----					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( )					

年 月 日

上記のとおり請求いたします。

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

※事業所名称を記載しないでください

- (注)
- 1 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。
  - 2 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。
  - 3 この請求書には、健診機関が発行した領収書(原本又は写)を添付してください。  
また、被扶養者、任意継続・特例退職被保険者は結果表(写)、質問票(40歳以上)を併せて添付してください。
  - 4 この請求書に被保険者を複数名記載することはできません。