【 被扶養配偶者用 】

該当する健診項目にレ印を
ご記入下さい。（複数可）

- ☐ 主婦健診（生活習慣病健診）
- ☐ 脳ドック
- ☐ 乳がん検診　☐ 子宮がん検診
- ☐ 胃がん検診　☐ 大腸がん検診
- ☐ 肺がん検診　☐ 前立腺がん検診

健康診断費用補助金請求書

一金　　円

被保険者証の記号・番号		受診者氏名		
受診年月日	令和　年　月　日	令和　年　月　日	令和　年　月　日	令和　年　月　日
医療機関名				
振込希望銀行名等（被保険者の銀行口座を記入して下さい。）	銀行　信用金庫　本店　支店　普通　当座 口座番号　口座名義人（被保険者）			

以上のとおり請求します。

令和　　年　　月　　日

被保険者氏名　　㊞

三谷健康保険組合理事長　　殿

【注意事項】

※各種健診の補助は、令和2年度中にそれぞれ１回のみです。（但し、特定健診と主婦健診(生活習慣病健診)はどちらか一方のみ)

※主婦健診(生活習慣病健診)は、必須検査項目の漏れがある場合は補助の対象となりませんのでご注意下さい。

※ただし、今年度に限り、新型コロナウイルスの影響で胃部検査中止となり受診できなかった場合は、相当単価として一律6,000円(税込)を減額して支給します。（中止が確認できる書類を添付)

※請求の際には、健診費用の領収書と結果表のコピーを添付して下さい。

※複数の健診補助を請求される場合は、1枚の請求書にまとめて1回で請求して下さい。

※請求の受付締切は**令和３年３月末日**です。