

【 被保険者用 】

該当する健診項目にレ印を  
ご記入下さい。（複数可）

- |                                  |                                  |
|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 生活習慣病健診 | <input type="checkbox"/> 人間ドック   |
| <input type="checkbox"/> 脳ドック    | <input type="checkbox"/> PET検診   |
| <input type="checkbox"/> 乳がん検診   | <input type="checkbox"/> 子宮がん検診  |
| <input type="checkbox"/> 胃がん検診   | <input type="checkbox"/> 大腸がん検診  |
| <input type="checkbox"/> 肺がん検診   | <input type="checkbox"/> 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		被保険者氏名 (受診者)	
事業所名		受診年月日	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			
〒			
被保険者住所			
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3年度中にそれぞれ1回のみです。（但し、生活習慣病健診と人間ドックはどちらか一方のみ、また、胃がん・大腸がん・肺がん検診は生活習慣病健診・人間ドックとの併用は不可）
- ※生活習慣病健診と人間ドックは、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ください。
- ※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1回で請求して下さい。
- ※請求の受付締切は**令和4年2月末日**です。