

組合員の同意による健康診査助成金交付請求書

記号・番号 (第3種組合員は組合員証番号)	道医	—	号
健康診査を受けた者の氏名	生年月日	年 月 日 (健診時の年齢 歳)	種別 組合員 家族 准組合員
受けた健康診査の種類及び限度額	1. 入院人間ドック(1泊2日以上) 限度額(組合員 80,000円、家族・准組合員 30,000円) 2. 簡易人間ドック(1日又は半日を含む) 限度額(組合員 50,000円、家族・准組合員 30,000円)		
健康診査を実施した医療機関の名称			
担当した医師			
健康診査を受けた年月日	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日
検査項目	別紙明細のとおり。(検査項目等がわかる書類を添付願います。)		
がん検診に係わる検査項目の実施状況	1. 実施している(実施項目に○印を記入) ・ 胃内視鏡検査 ・ 胃部エックス線検査 ・ 便潜血検査 ・ 胸部エックス線検査 ・ 胸部エックス線検査及び喀痰細胞診 ・ 子宮頸部の細胞診 ・ 乳房エックス線検査(マンモグラフィ) 2. 実施していない		
特定健康診査受診券提出状況	1. 提出あり 連合会請求金額 円	2. 提出なし	
請求金額	円 (健診料金 円)		
※助成金交付について、健康診査実施医療機関が組合員の同意を得て助成金を請求する場合は、下記の欄に健康診査を受けた者に関わる組合員の同意書署名を記載願います。			
組合員の同意書	上記の者の助成金について、実施をした下記の健康診査実施医療機関に組合より助成金を支払われることに同意します。 令和 年 月 日 組合員 住所 _____ (医師) 氏名 _____ (印)		
上記のとおり検査を実施したことを証明し、助成金の交付を請求します。 令和 年 月 日 所在地 健康診査実施医療機関 名称 _____ (印) 北海道医師国民健康保険組合理事長 様			
送金先	銀行・信用金庫 口座種別 普通・当座・貯蓄 口座番号 _____ (フリガナ) 口座名義 _____		支店

* 組合使用欄 交付決定額 円

※添付書類: 健診実施機関の請求書、検査項目、40歳～74歳の方は健康診査結果写し(又は特定健康診査入力票)と質問票も添付

※自己の開設又は勤務する医療機関で実施した場合: 領収書にかえて各検査項目の金額がわかる書類の添付でも可

※請求期限: 健康診査を受けた年度末(3月31日)まで