

疾病予防健診補助金請求書

記号・番号	99 - 99999	被保険者氏名	健保 太郎
受診者氏名	健保 花子 (<input type="checkbox"/> 男 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 女)	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 61 年 4 月 15 日生 (35 歳)
受診者住所	〒 141 - 0032 東京都品川区大崎〇-〇-〇 Tel : 03-5740-〇〇〇〇		
受診医療機関名	〇〇〇〇健診センター		
受診日	2023 年 5 月 20 日		
受診した健診内容	※ 受診した健診内容の□に「レ」を付けてください。 <input type="checkbox"/> ベーシック I (基本健診) <input type="checkbox"/> ベーシック II (生活習慣病健診) ※利用ある場合はチェック (上部消化管検査 : <input type="checkbox"/> X線検査 ・ <input type="checkbox"/> 内視鏡検査 → <input type="checkbox"/> 鎮静剤利用有) <input checked="" type="checkbox"/> マイルストーン (節目ドック) ※利用ある場合はチェック (上部消化管検査 : <input type="checkbox"/> X線検査 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 内視鏡検査 <input checked="" type="checkbox"/> 鎮静剤利用有) (乳房検査 : <input checked="" type="checkbox"/> マンモグラフィ ・ <input checked="" type="checkbox"/> 超音波検査) (子宮検査 : <input checked="" type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診検査 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 経膈超音波検査) <input type="checkbox"/> 乳房検査・子宮検査 (乳房検査 : <input type="checkbox"/> マンモグラフィ ・ <input type="checkbox"/> 超音波検査) (子宮検査 : <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診検査 ・ <input type="checkbox"/> 経膈超音波検査) <input checked="" type="checkbox"/> ビロリ菌検査 ※健保加入後初回のみ補助対象 <input checked="" type="checkbox"/> 肺がん検診 (胸部CT検査) <input checked="" type="checkbox"/> 大腸がん検診 (大腸内視鏡検査又は大腸CT検査)		
健診費用	100,000 円	※補助金上限額45,000円	
事後精算の請求理由	例：近隣に契約医療機関、東振協の医療機関がないため など。 近隣に契約医療機関、東振協の医療機関がないため		

受診内容に
チェックを
入れる

振込先	金融機関名称	〇〇 大崎	※□に「レ」を付けてください。 <input checked="" type="checkbox"/> 銀 行 ・ <input type="checkbox"/> 金 庫 ・ <input type="checkbox"/> 農 協 ・ その他() <input checked="" type="checkbox"/> 支 店 ・ <input type="checkbox"/> 本 店 ・ <input type="checkbox"/> 出 張 所 ・ その他()
	口座種別	※□に「レ」を付けてください。 <input checked="" type="checkbox"/> 普 通 ・ <input type="checkbox"/> 当 座 ・ <input type="checkbox"/> 別 段 ・ <input type="checkbox"/> 通 知	口座番号 左詰めでご記入ください。 1 2 3 4 5 6 7
	口座名義(加)	ケンポ タロウ	
受取代理人欄	本請求に基づく疾病予防事業補助金に関する受領を代理人に委任します。 被保険者氏名 (請求者氏名) _____ 受取代理人氏名 _____ 被保険者との関係 (続柄) _____		

被保険者以外の名義の
口座を指定する場合は、
必ず受取代理人の欄に
記入が必要
✓

添付書類	添付漏れがないか ご確認のうえ、 □に「レ」を付け てください。	<input checked="" type="checkbox"/> 領収書の写し <input checked="" type="checkbox"/> 健診結果の写し <input checked="" type="checkbox"/> 特定健康診査質問票の写し
------	---	---

添付書類をチェック

上記のとおり、疾病予防健診補助金を請求します。

フューチャーグループ健康保険組合

2023 年 6 月 10 日