

理事長	常務理事	事務長	係	保健師

支払金額            円

脳ドック・肺ドック 受診券申請書／補助金請求書

豊島健康保険組合 御中

令和 年 月 日

被 保 険 者 等	記号	事業所名	受診者氏名			
	番号		(印)			
検査メニュー (No.・メニュー名称)		受診(予約)日	検査料	受診検診機関名・所在地 (契約機関の場合は、所在地記入不要)		受診券 交付希望
No.	脳ドック	年 月 日		名称		<input type="checkbox"/> 要
				所在地		<input type="checkbox"/> 不要
No.	肺ドック	年 月 日		名称		<input type="checkbox"/> 要
				所在地		<input type="checkbox"/> 不要
検査結果		<input type="checkbox"/> 異常なし / <input type="checkbox"/> 要経過観察 / <input type="checkbox"/> 要治療				
受取希望方法		<input type="checkbox"/> 振込 / <input type="checkbox"/> 契約検診機関への直接支払い				
(振込受領の場合) 振込先口座 ※受診券の場合記入不要		銀行 支店			<input type="checkbox"/> 普通 / <input type="checkbox"/> 当座 NO.	
					給与口座で <input type="checkbox"/> ある / <input type="checkbox"/> ない	

※給与指定口座でない場合は、本人名義の通帳またはキャッシュカードのコピーを添付してください。

添付書類	<ul style="list-style-type: none"> <li>・検診を受けた検診機関等の発行した領収証で、<u>検診項目が明記されたもの</u></li> <li>・検診結果表(もしくは結果欄へ記入)</li> <li>(契約健診機関で受診される場合は不要です)</li> </ul>
対象年齢	脳ドック、肺ドック共に 40歳以上
適用頻度	脳ドック: 3年に1回利用可      肺ドック: 2年に1回利用可
補助金限度額	脳ドック: 30,000円まで      肺ドック: 15,000円まで
受診対象期間	4月～翌年2月、年度内各1回請求可(年度内にご請求ください)
対象検診機関	市町村が住民検診として実施する検診機関・一般医療機関 但し、病院等で脳検査・肺検査を保険診療にて受けた検査は、補助対象外です。

- \*この申請によって取得する個人情報は、当組合の補助金支払事務・健診後の保健指導・統計および分析を目的として利用致します。
- \*当組合では、契約検診機関で実施された検査内容の確認および、検査結果についての統計・分析のために検診機関より検査結果の報告を受けています。