

人間ドック等費用補助請求書

平成 年 月 日

東日本電線工業健康保険組合 殿

請 求 者	被保険者証の	記号		被保険者氏名	ふりがな	⑩
		番号				
	被保険者の現住所	〒			電話	()
	事業所名					

受 診 者	人間ドック利用者氏名	ふりがな	男 ・ 女	生 年 月 日	続 柄	
				大 昭 (才)		
	健診機関名					
	受診日	平成 年 月 日	種別	<input type="checkbox"/> 日帰りドック・ <input type="checkbox"/> 1泊2日ドック <input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> その他 ()		
	その他の検査補助	<input type="checkbox"/> B・C型肝炎検査(40歳以上5歳毎の被保険者) 2,230円 <input type="checkbox"/> 婦人科健診(子宮癌及び乳癌)(女子被保険者) 各2,000円 <input type="checkbox"/> 前立腺癌検査(50歳以上の男子被保険者) 2,060円 <input type="checkbox"/> 肺がん検査(40歳、45歳、50歳以上の被保険者) 2,260円				
	請求金額					

◎送金は事業所宛にいたしますので、必ず委任欄を記入してください。

受 領 委 任 欄	本請求に基づく補助金に関する受領を代理人に委任します。				
	代理人氏名		被保険者(請求者)氏名		⑩

- (注) 1. 健診機関発行の領収書の写しを添付してください。
 2. 人間ドック健診結果報告書の写しを添付してください。
 3. その他の検査については、補助の対象者になっていることをご確認ください。ただし、当該検査をオプション項目として受けた場合に費用補助いたします。
 4. 請求金額欄には、ドック費用補助20,000円にその他の検査補助の金額の合計を記入してください。なお、実際に支払った費用が補助額に満たない場合は、支払った額を記入してください。