

## 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

記号・番号 400 -

被保険者氏名 印

受	人間ドック 利用者氏名	フリガナ	男 ・ 女	生 年 月 日 大 . . 昭 ( 才)	続 柄	
	健診機関名					
診	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 〔被保険者のみ〕	<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"/> 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 <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 (注)被扶養者の方はその他の検査が補助対象外のためご請求いただけません。				
者	請求金額					

(振込口座)

銀行名	銀行			本店・支店		
口座番号	普通・当座					
口座名義	フリガナ					

(注意事項)

- 健診機関発行の領収書の写しを添付してください。
- 人間ドック健診結果報告書の写しを添付してください。
- その他の検査については、補助の対象年齢に到達し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せん。  
(\*B・C型肝炎検査;費用限度額3,090円に満たない場合は、実費から一部負担金860円引いた額をご記入ください。)  
(\*前立腺癌検査;費用限度額2,580円に満たない場合は、実費から一部負担金520円引いた額をご記入ください。)  
(\*肺がん検査;費用限度額3,240円に満たない場合は実費から一部負担金980円引いた額をご記入ください。なお、検査方法は喀たん採取法に限ります。)
- 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。
- この請求書は任意継続被保険者用です。その他の被保険者の方は事業所を通してご請求ください。