**人間ドック等費用補助請求書**

令和　　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　 |
|  |
| 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 |  |
|  | 昭　　　．　．　．　　　（　　才） |
| 健診機関名 |  |
| 受　診　日 | 令和　　年　　月　　日 | 種別 | □ 日帰りドック□ １泊２日ドック□ 脳ドック□ その他（　　　　　） |
| その他の検査補助 | □ Ｂ・Ｃ型肝炎検査(40歳以上５歳毎の被保険者) ２,２３０円□ 婦人科健診(子宮がん及び乳がん)(女子被保険者) 各２,０００円□ 前立腺がん検査(50歳以上の男子被保険者) ２,０６０円□ 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** | 円 |

◎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 |  |

（注意事項）

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．同一年度内に生活習慣病予防健診等の補助を受けている方及び人間ドックの受診にあたって、市町村等から費用補助を受けている方は、補助の対象にはなりません。

４．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。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。（当該検査が人間ドックの項目となっている場合は、補助の対象にはなりません。）

５． 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。