

きつこう会健康保険組合 殿 年 月 日

保険証番号（個人立替のみ記入） _____

事業所名又は被保険者名： _____ (印)

生活習慣病検診費用申請書（35～39歳被保険者用）

検 診 機 関 名					
検診機関所在地・電話番号		TEL			
検診年月日	年 月 日	検診場所			
検診項目	受検者数	補助限度額/人：税込	申請単価	申請金額	※補助決定額
腹 囲 測 定	人	12,000円	円	円	円
尿 一 般 検 査	人		円	円	円
貧 血 検 査	人		円	円	円
肝 機 能 検 査	人		円	円	円
糖 尿 検 査	人		円	円	円
血 中 脂 質 検 査	人		円	円	円
腎 機 能 検 査	人		円	円	円
眼 底 検 査	人		円	円	円
胃レントゲン検査	人		円	円	円
大 腸 検 査	人		円	円	円
乳癌・子宮癌検査 (女 子)	人	乳癌2,000円 子宮癌2,000円	円	円	円
計	人		円	円	円
消 費 税					
申 請 合 計 金 額					

- ① 検診機関の内訳のわかる請求書（写）および検査結果表（写）を必ず添付してください。
（検査結果表提出同意については受検期間で確認してください。）
- ② 35～39歳の受検者について人数を記入願います。（検診年度35歳以上40歳未満の方）
- ③ 2つ以上の検診機関を使用され検診単価が異なる、検診日が異なる場合は別々に申請願います。
- ④ 検診単価が複数ある場合は、2段書してください。（レントゲン枚数が個別で異なる等）
* 補助決定額は記入しないでください。

振込先

銀行名	支店名	種類	口座番号	口座名

健保記入欄

健康保険組合負担額	消費税	支給決定額
円	円	円