

申請者 → 村田製作所健康保険組合

単独検診受診費用補助申請書

申請日： 年 月 日

<p>被保険者（申請者）： 被保険者証 記号 _____ 番号 _____ （←保険証の上部に記載） 事業所名 _____ 所属コード _____ 氏名コード _____ 氏名 _____ 印</p>
<p>受診者 氏名 _____ 年齢（受診時） _____ 歳 被保険者との続柄： 本人・ 健保被扶養者 （←○で囲む）</p>
<p>受診した日： 年 月 日 受診医療機関名称： _____</p>
<p>受診費用（税込）： _____ 円（←添付領収証に記載されている金額）</p>
<p>領収証金額に含まれる検査項目（□に印を付けて下さい） <input type="checkbox"/>脳ドック <input type="checkbox"/>胸部CT <input type="checkbox"/>大腸内視鏡 <input type="checkbox"/>PET <input type="checkbox"/>上記以外（ _____ ） ※オプション名および金額をご記入ください。 （例：マーカー3種（5,400円））</p>
<p>◆申請前にご確認ください。□にチェックをしてください。 <input type="checkbox"/>領収書（原本）は添付しましたか。（領収書名義は、個人に限ります。） <input type="checkbox"/>申請検査内容の年齢条件はクリアしていますか。 <input type="checkbox"/>今年度初回の申請ですか。（補助は、年度毎に1回、PETは2年に1回となります。）</p>

【健保組合処理欄】

- 資格確認
可（補助支給額 _____ 円）
不可

支払処理	承認	確認	健保受付
------	----	----	------