様式【C－03】

「人間ドック・がん検診」 補助金請求書

【被保険者】 ＊任意継続被保険者の場合、「会社名・勤務箇所」欄は記入不要。

氏　　名		被保険者等	記　号	
会　社　名			番　号	
勤 務 箇 所		勤務箇所電話番号	（　　）	
連　絡　先	電話番号　（　　）	メールアドレス	@	

※内容確認が必要になる場合がありますので必須でご記入お願いします。

【受診者】

フリガナ 氏　　名		続柄	1．本人	2．被扶養者	1．配偶者 2．その他
生 年 月 日	1．昭和 2．平成	年　　月　　日（満　　歳）		性別	1．　男 2．　女
住所	〒			電話番号 （　　）	
受　診　日	年　　月　　日				
受診機関	所在地			機関名	
	都・道 府・県	地 区			

【補助金請求内訳】 ※　保険証は使えません

			a．健診費用総額	b．補助金請求額（補助限度額以内）
1．　人間ドック	日帰りコース（基本）※		円	（a－自己負担額）　円
	婦人科検診オプション　※	乳がん	円	円
		子宮頸がん	円	円
2．　が　ん　検　診　※			円	円

※　人間ドック がん検診等 補助限度額上限	人間ドック：30,000円		
	胃がん：　5,000円	肺結核（がん）：3,500円	大腸がん：2,000円
	乳がん：　5,500円	子宮頸がん細胞診：3,500円	
	子宮頸がんHPV検査：4,500円		肝炎（B・C型）：3,500円

日本旅行健康保険組合　理事長　殿

上記のとおり、補助金の請求をします。

年　　月　　日

被保険者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

（注）原則として、補助金は給与振込となります。

なお、任意継続の方は、下記に振込先をご記入願います。

金融機関名	
支　店　名	
口 座 番 号	（普通・当座）
名 義 人 名 （カ　ナ）	

《添付書類》

①健診費用の領収書（原本）

②健診結果報告書（写し）

③問診票（申請書C－19）　※人間ドックの補助金請求の場合

《注意》 3月は健保の年度末です。請求書の提出は、原則、4月5日必着で願います。

伺い年月日 年　　月　　日	
振込依頼日 年　　月　　日	
支払確定額	円

決議	常務理事	事務長	課長	担当者
備考				

健保受付印