

(被扶養者・任意継続加入者用)

整理 番号	
----------	--

## 人間ドック 生活習慣病予防健診 補助金請求書 及び 通知書

近畿化粧品健康保険組合 御中

・どちらかに○を付けてください ( ① 人間ドック ・ ② 生活習慣病予防健診 )

被保険者等 記号・番号	被保険者 住所 氏名 TEL	①
—		
健診実施機関名		

下記のとおり請求します。

請求額 ①+②	※	円
------------	---	---

※支払日は 年 月 日 予定

※印は記入しないでください。

◎内訳

①一般健診

区分	受診者名	① 1人当利用料金 (円)	② 自己負担額 (円)	③ 組合負担限度額 (円)	④ 人員 (名)	※ ⑤ 請求額 (円) (A-B)又はCの低い方×D
被保険者			3,000	17,000		
被扶養者			3,000	17,000		
			〃	〃		
					小計	

②婦人科検診

区分	① 1人当利用料金 (円)	③ 組合負担限度額 (円)	④ 人員 (名)	※ ⑤ 請求額 (円) A又はBの低い方×C
被保険者 及び 被扶養者		5,000		
		〃		
		〃		
			小計	

(振込先)被保険者名義の口座をお願いします。

銀行名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義(フリガナ)
		普通 当座		

※添付書類及び記入についての注意

- 1.本請求書には必ず健診実施機関の領収書(原本)、検査結果報告書及び標準的な質問票(個人別)を添付してください。
- 2.書類等に不備がある場合は、提出されました書類をご返送する場合がありますがご了承ください。