

【契約医療機関外】肺ドック利用 (A)申込書 兼 (B)補助金請求書

受付印

(A) 契約医療機関外肺ドック申込書

※申込時に記入

〔①～⑯をすべて記入し、受診予定日の5日前までに必ず提出してください。
提出がない場合は補助されない場合があります。〕

提出日：2020年11月16日

| | | | | | | | | | | | |
|--------------|--------------------------------|-----|-------|---|---------|----------------------------------|----|-----|-----|----------|--|
| この欄は保険証を見て記入 | | | | フリガナ | ケンポ タロウ | | | 健保印 | | | |
| ①記号 | 1 | ②番号 | 12345 | ③被保険者氏名 | 健保 太郎 | | | | | | |
| ④会社名 | トヨタ車体 | | ⑤所属 | F | 工場 | □□ | □□ | 室課 | ⑥内線 | ○○-○○○○○ | |
| ⑦自宅住所 | 〒 ○○○-○○○○○ 愛知県刈谷市□□町 1-2-3 | | | | | ⑧電話番号 (自宅・携帯) (0566)-○○-○○○○○ | | | | | |
| フリガナ | ケンポ タロウ | | ⑩続柄 | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> [利用条件] 1. 対象者：当健保加入者(本人・家族) 2. 補助額：肺ドック料金から5,000円を差し引いた額 (上限20,000円)…100円未満切捨 </div> | | | | | | | |
| ⑨受診者氏名 | 健保 太郎 | | 本人 | | | | | | | | |
| ⑪性別 | ⑫生年月日 | | ⑬年齢 | | | | | | | | |
| 男 女 | (和暦) ○○年 ○○月 ○○日 | | 40 | | | | | | | | |

<予約内容記入>

| | |
|--------|---------------|
| ⑭医療機関名 | ⑮受診予定日 |
| ○△□×病院 | 2020年 12月 16日 |

| | | |
|-------|-------|-----|
| 健保承認欄 | | |
| 担当 | グループ長 | 事務長 |
| | | |

★1. 予約の取消、受診日の変更は、速やかに健保と医療機関にご連絡ください。
(連絡が無い場合、予約の空きが発生する等の無駄が生じ、医療機関に迷惑がかかります)

★2. 申込書記載内容は健保から医療機関へ連絡する場合があります。

★3. 原則、各月15日到着分を当月末に支払い、または月末到着分を翌15日に支払います。

(B) ⑯～⑰は受診後に
記入してください

受付印

(B) 契約医療機関外肺ドック補助金請求書

※請求時に記入

(受診後に⑯～⑰をすべて記入し提出してください。)

提出日：2021年 1月 16日

| | | |
|--------|---|----------|
| ⑯医療機関名 | ⑰受診日 | ⑯肺ドック料金 |
| ○△□×病院 | 2020年 12月 16日 | 30,000 円 |
| ⑲振込先 | 給与口座へ振り込みますので、給付金振込先の記入は不要です (但し、任意継続の方は、加入時に申告いただいた口座へ振り込みます) | |

◆添付書類確認(請求前にチェックしてください)◆

- 領収書の原本(受診日、受診者氏名、肺ドック料金の記載があるもの)
 肺ドック結果表のコピー(白黒可)

★4. 提出いただいた結果表は健保業務以外の目的には使用しません。

| | | | | | | |
|---------------|--------------------------------------|-------|-------|-------|-----|------|
| 健保 使用 欄 | 健保補助額 | 支給年月日 | 健保承認欄 | | | |
| | 円 - 5,000円 = (上限20,000円)…100円未満切捨 | 年 月 日 | 担当 | グループ長 | 事務長 | 常務理事 |