被扶養者健診補助金支給申請書

被保険者等 記号番号		被保険者 氏名	フリガナ	生年月日	
				昭和 平成	年 月 日
被保険者 の現住所	〒 －				
				TEL( ) －	

受診した被扶養者の	氏名		生年月日	昭 平 令	年 月 日	被保険者との続柄
	受診した機関の名称及び所在地					
	健診日	令和 年 月 日		健診費用総額		円

請求金額	¥ （税込）	
	○一般健診 〔10,400円（税込）を限度として〕	円
	○XMLデータ 〔 550円（税込）を限度として〕	円
	○胃部検診 **但し、ペプシノーゲンは1,000円(税込)、ピロリ菌は500円(税込)を限度とする。**	
	〔合計5,000円（税込）を限度として〕	円
	○B型肝炎ウイルス(抗原)検査 〔 700円（税込）を限度として〕	円
	○B型肝炎ウイルス(抗体)検査 〔 700円（税込）を限度として〕	円
	○C型肝炎ウイルス(抗体)検査 〔 1,000円（税込）を限度として〕	円
	○前立腺がん検診[PSA検査] 〔 2,000円（税込）を限度として〕	円
	○眼底検査 〔 1,000円（税込）を限度として〕	円
	○大腸がん検診 〔 1,000円（税込）を限度として〕	円

払渡希望銀行名	銀行 信用金庫	支店	
口座番号	1 普通預金 2 当座預金	口座名義	フリガナ

委任状
(被保険者以外の口座に振込みを希望される場合のみご記入ください。)

この給付金の受領方を (住所)〒 －

(氏名) に委任する。

令和 年 月 日

被保険者

添付書類

1 領収書の原本(領収書に内容、金額の内訳が明記されていない場合は、領収書の他に下記の内訳書に医療機関の記入を受けてください。)
2 ① 一般健診は、健診結果のコピー及び「標準的な質問票」又は健診結果のコピー及び「XMLデータ」
② 胃部検診、肝炎ウイルス検査、前立腺がん検診[PSA検査]、眼底検査、大腸がん検診は受診したことが明らかになるもの
大腸がん検診は検診結果のコピー

※健康保険扱いの検査は支給対象外です。
尚、健診結果、質問票は事後の保健指導の抽出条件以外に利用することはありません。

※受付日付印

神戸機械金属健康保険組合理事長 殿
令和 年 月 日提出

健診機関･医療機関 御中

※領収書に健(検)診内容の記載がない場合は、下記にご記入願います。

健診機関・医療機関記入欄

内訳書

殿

別紙、領収書の内訳は下記のとおりです。

内容	金額（自費扱い）
一般健診	円
胃部検診	円
B型肝炎ウイルス(抗原)検査	円
B型肝炎ウイルス(抗体)検査	円
C型肝炎ウイルス(抗体)検査	円
前立腺がん検診(PSA検査)	円
眼底検査	円
大腸がん検診	円
その他( )	円

医療機関所在地・名称

※ゴム印、署名可