

# 特定検診【骨粗鬆症検診】費用請求書

被保険者証 の記号番号		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( ) -					
受診した者の	氏 名		生年月日	昭和 平成	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	名 称				
		所在地	Tel( ) -			
受 診 日	令和 年 月 日	費 用	円			

払渡希望銀行名	銀 行 支 店 信用金庫		
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 _____		

骨 粗 鬆 症 検 診	
対 象 者	受診日当日資格を有する被保険者及び被扶養者
添 付 書 類	領収書の原本・検診内容の内訳書(領収書に明記されている場合は省略可)
補 助 金 額	単年度(4月～翌年3月)に一回限り、1,000円を限度としてかかった実費用
対象となる検診機関	市区町村が住民検診として実施する検診機関・一般病院・医院・検診機関
対象外となるもの	一般病院・医院での検診で何らかの所見があり保険診療扱いとなった検査・人間ドック時の骨粗鬆症検診(但し、オプション検査で人間ドック基本料金に含まれず、別料金となっている場合は対象とします。)

神戸機械金属健康保険組合理事長 殿  
令和 年 月 日提出

※受付日付印

検診機関、医療機関 御中 領収書に検診内容・金額の記載がない場合は、下記にご記入願います。

検診機関、 医療機関 記入欄	内 訳 書	
	別紙領収書の内訳は下記のとおりです。	
	検診内容(自費扱い)	検 診 額
	骨粗鬆症検査	
	その他( )	
		検診機関・医療機関 所在地
		検診機関・医療機関 名 称
※ゴム印、署名可		