

伺 平成 年 月 日

確認印

支給金額

円

上記枠内は記入しないでください。

受付印

支払印

## 短期人間ドック受診補助金請求書

下記のとおり短期人間ドックを受診したので、補助金 \_\_\_\_\_ 円を請求します。

兵庫県運輸業健康保険組合 様

平成 年 月 日

被保険者証 の記号番号		被保険者の 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 ( ) -		受診された項目に 印を付けてください。  (健診内容)  一泊ドック / 日帰りドック		
事 業 所 名					基本検査項目以外で下記のオプション検査を受診された方は、 印を付けてください。  (オプション) ・ 胃がん (胃カメラ・胃透視) ・ 大腸がん (便潜血反応) ・ 肺がん (喀痰細胞診) ・ 前立腺がん (PSA) ・ 乳がん (視触診・エコー・マンモグラフィ) ・ 子宮がん (頸部)	
受 診 者	氏 名			被保険者 との続柄		
	生年月日	昭和 年 月 日				
	医療機関	名 称				
	健診日	平成 年 月 日	補助金請求額	円		
健診費用総額 (消費税込み)	円	XMLデータ提供料	円	請求金額 +	円	

銀行名、支店名、預金種別、口座番号、口座名義人、口座名義人フリガナは正確にご記入ください。

振 込 希 望 銀 行	預 金 種 別	口 座 名 義 人
銀行 金庫 農協	1.普通 2.当座 3.貯蓄	(フリガナ)
支 店	口 座 番 号	

委任状	この補助金の受領方を (住所) 氏名 に委任する。
	平成 年 月 日 被保険者

### 請求に関する注意事項

- 申請対象者 受診日が年度中(当年4月1日～翌年3月31日)に40歳から74歳となる被保険者及び被扶養者
- 補助金の種類 短期人間ドック基本検査費用(消費税込)の半額、ただし1泊ドックは25,000円、日帰りドックは15,000円を限度として年1回補助します。  
XMLデータ提供料が発生する場合は、補助金請求額と合わせて請求してください。
- 添付書類 オプションでがん検診を受診された場合、胃がん・乳がんは2,000円、子宮がんは1,500円、肺がん(喀痰細胞診)・前立腺がんは1,000円、大腸がん(便潜血反応検査)は500円を限度として補助します。ただし、短期人間ドック基本項目にオプション検査項目が含まれている場合は除きます。  
医療機関の領収証(保険診療のものは対象外となります。)のコピー及び検査結果(コピー(標準的な質問票を添付)又はXMLデータ)を必ず添付してください。(個人情報は厳守します。)
- 補助金請求先 オプション検査(がん検診)と一緒に受診された場合、それぞれの検診代金が明確になっていることが必要です。  
〒650-0025 神戸市中央区相生町4丁目6番4号 兵庫県運輸業健康保険組合 宛  
TEL(078)341-4801