

健康診査助成金等申請書									
支 部 名	_____ 支部								
被 保 険 者 証 番 号	北 建			-					
受診者の氏名・続柄 ・生年月日・年齢	氏 名 _____			続 柄 ()					
	昭和・平成 年 月 日生 (歳)								
健康診査 受診年月日	令和 年 月 日								
健康診査を実施した 医療機関	所 在 地								
	医療機関名称								
	担当医氏名								
健康診査の費用額 ※保険診療内での 健診は対象外です	_____ 円 (受診者あての領収書並びに受診結果書類の写しを添付して下さい。)								
受診した項目にチェックを付けて下さい。 (各項目の受診結果書類の写しを添付して下さい。)	<p>○ 基本健診</p> <p><input type="radio"/> 成人病健康診査</p> <p><input type="radio"/> 人間ドック</p> <p><input type="radio"/> 一般検診</p> <p><input type="radio"/> X線検査(胸部・胃部) <input type="radio"/> 心電図検査 <input type="radio"/> 眼底検査 <input type="radio"/> 貧血検査</p> <p><input type="radio"/> 骨粗しょう症検査</p> <p><input type="radio"/> アスベスト検診</p> <p><input type="radio"/> その他(上記以外の検診) ()</p> <p>○ ガン検診のうち</p> <p><input type="radio"/> 肺ガン検査 <input type="radio"/> 胃ガン検査 <input type="radio"/> 大腸ガン検査 <input type="radio"/> 前立腺ガン検査</p> <p><input type="radio"/> 婦人科検診のうち (<input type="radio"/> 乳ガン検査 <input type="radio"/> 子宮ガン検査)</p> <p>○ 脳ドック等脳に係る検診</p>								
特定健康診査受診券 (40歳以上)	(使 用 ・ 未使用) どちらかに○を付けて下さい。								
<p>上記のとおり健康診査を受診したので、助成金を申請します。</p> <p>令和 年 月 日 _____ 組合員氏名</p> <p>上記のとおり、健康診査に係る申請がありましたので、関係書類を添えて提出します。</p> <p>令和 年 月 日 _____ 北海道建設国民健康保険組合 支部長 (印)</p> <p>北海道建設国民健康保険組合理事長 様</p>									

審 査 決 定	基本健診 費用額 (A)	特定健康診査 費用額 (B)	助成対象外費用額 (C)	助成対象額 (D) (A-B-C)	基本健診 助成決定額 (E)	特定健診助成 決定額 (F)
		ガン検診費用額 (G)		ガン検診 助成対象額 (H)	ガン検診 助成決定額 (I)	助成金額合計 (M) (E+F+I+L)
		脳ドック等 費用額 (J)		脳ドック等 助成対象額 (K)	脳ドック等 助成決定額 (L)	