

健康診査助成金等申請書

支 部 名	_____ 北 建 _____ 支部						
被 保 険 者 証 番 号	北 建	3	0	-			1
受診者の氏名・続柄 ・生年月日・年齢	氏 名 北 建太郎			続 柄 (本 人) 昭和 ・平成 45 年 7 月 31 日生 (53 歳)			
健康診査 受診年月日	令和 5 年 5 月 1 日						
健康診査を実施した 医療機関	所 在 地	札幌市豊平区平岸〇条〇丁目〇〇-〇〇					
	医療機関名称	ほっけん健診クリニック					
	担当医氏名	健 診 太 郎					
健康診査の費用額 ※保険診療内での 健診は対象外です	_____ 10,000 _____ 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。)	<input checked="" type="checkbox"/> 基本健診 <input checked="" type="checkbox"/> 成人病健康診査 <input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> 一般検診 <input type="checkbox"/> X線検査(胸部・胃部) <input type="checkbox"/> 心電図検査 <input type="checkbox"/> 眼底検査 <input type="checkbox"/> 貧血検査 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症検査 <input type="checkbox"/> アスベスト検診 <input type="checkbox"/> その他(上記以外の検診) () <input checked="" type="checkbox"/> ガン検診のうち <input type="checkbox"/> 肺ガン検査 <input checked="" type="checkbox"/> 胃ガン検査 <input type="checkbox"/> 大腸ガン検査 <input type="checkbox"/> 前立腺ガン検査 <input type="checkbox"/> 婦人科検診のうち (<input type="checkbox"/> 乳ガン検査 <input type="checkbox"/> 子宮ガン検査) <input type="checkbox"/> 脳ドック等脳に係る検診						
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。						
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。 令和 6 年 4 月 1 日 組合員氏名 北 建太郎 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。 令和 年 月 日 北海道建設国民健康保険組合 支部長 (印) 北海道建設国民健康保険組合理事長 様							

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)	