

| 健康診査助成金等申請書 | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|-------------------|--|--|--|--|--|
| 支 部 名 | 札幌 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 札幌 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) | |