

健診費用補助金請求書

常務理事	事務長	担当者

被保険者氏名 _____

健康保険証記号番号 _____

社員番号 _____

支給決定額
円

勤務店（所属）※1 _____

※1「補助支給決定通知書」を送付するため、拠点店舗・事務所・部署・MD等、詳しく記入してください。

連絡先電話番号（自宅または携帯電話） _____

下記のとおり受検しましたので健診費用を請求します。

西暦 年 月 日 ユニーグループ健康保険組合殿

1. 検査を受けた日 西暦 年 月 日
フリガナ

2. 検査を受けた者の氏名 _____

3. 検査を受けた者の生年月日 西暦 年 月 日（ 歳）

4. 被保険者との続柄 _____

5. 補助金請求項目（該当項目に○をつけてください）

	特定健康診査（受診券未使用）		特定健康診査詳細項目（受診券未使用）※2
	胃がん検診		大腸がん検診
	乳がん検診		子宮がん検診

※2 医師が必要と判断した場合に検査が行われます。①貧血検査（ヘマトクリット値・血色素判定（Hb）・赤血球数（RBC））

②腎機能検査（血清クレアチニン）③心電図（12誘導のもの）④眼底検査

6. 被保険者名義の振込口座

銀行	支店
_____ 信金	_____
普・貯・その他	フリガナ
口座番号 No. _____	名義 _____

お願い

- ① この請求書には、必ず領収書の原本と健診結果（コピー可）を添付してください。
- ② 複数回に分けて請求する場合は、この用紙をコピーしてご利用ください。
- ③ 同時に同一医療機関で複数の検診を受けた場合、領収書に各検査毎の費用の明細を必ず書いてもらってください。各検査毎の費用が明記されていない場合は、お支払い致し兼ねます。