

# 健診料支給申請書

下記の通り、健診料の支給申請をいたします。

|           |  |      |   |           |       |    |       |      |  |  |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |
|-----------|--|------|---|-----------|-------|----|-------|------|--|--|--|--|--|----|--|--|--|----|--|--|--|----|--|--|--|----|--|
| 記号        |  | 番号   |   |           |       |    |       |      |  |  |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |
| 被保険者住所    | TEL  |      |   |           |       |    |       |      |  |  |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |
| 被保険者名     |  |      |   |           |       |    |       |      |  |  |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |
| 実施医療機関    | 所在地  | TEL  |   |           |       |    |       |      |  |  |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |
|           | 名称   |      |   |           |       |    |       |      |  |  |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |
| 受診者名      | 実施費用   | 実施月日 | <table border="1"> <tr> <td>※1<br/>コード</td> <td>支給決定額</td> <td>特定</td> <td>支給決定額</td> </tr> <tr> <td colspan="4">実施項目</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>特定</td> <td></td> </tr> </table> | ※1<br>コード | 支給決定額 | 特定 | 支給決定額 | 実施項目 |  |  |  |  |  | 特定 |  |
| ※1<br>コード | 支給決定額  | 特定   |   | 支給決定額     |       |    |       |      |  |  |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |
| 実施項目      |  |      |   |           |       |    |       |      |  |  |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |
|           |  | 特定   |   |           |       |    |       |      |  |  |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |
|           |  | 特定   |   |           |       |    |       |      |  |  |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |
|           |  | 特定   |   |           |       |    |       |      |  |  |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |
|           |  | 特定   |   |           |       |    |       |      |  |  |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |
|           | 特定健診分(再掲)<br>( )                                       |      |   |           |       |    |       |      |  |  |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |
|           | 特定健診分(再掲)<br>( )                                       |      |   |           |       |    |       |      |  |  |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |
|           | 特定健診分(再掲)<br>( )                                       |      |   |           |       |    |       |      |  |  |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |
|           | 特定健診分(再掲)<br>( )                                       |      |   |           |       |    |       |      |  |  |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |
|           | 特定健診分(再掲)<br>( )                                       |      |   |           |       |    |       |      |  |  |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |
| 被保険者振込先   | 銀行名  | 銀行   | 口座番号<br>(普) No.   |           |       |    |       |      |  |  |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |
|           | 銀行コード  |      |   |           |       |    |       |      |  |  |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |
|           | 支店名  | 支店   | ※2 フリガナ   |           |       |    |       |      |  |  |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |
|           | 支店コード  |      | 口座名   |           |       |    |       |      |  |  |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |
| 添付書類      | 1. 健診受診結果(写)    2. 領収書(原本)※3    3. 問診票    4. 健診費用明細書※4 |      |   |           |       |    |       |      |  |  |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |  |  |    |  |

東京都家具健康保険組合 殿

※1 太線内は、記入しないでください。

※2 振込先は、被保険者名の口座を指定してください。

※3 診療明細書が発行されている場合は併せて添付してください。

※4 組合所定の「健診費用明細書」を健診(医療)機関で記載してもらい必ず添付してください。

☆ 健診料を各種ポイントや電子マネー等で決済している場合、ポイントや電子マネーの単位から金額が明確となり、そのポイントや電子マネーを受領していることが健診医療機関が発行する文書(健診医療機関の押印あり)で証明されない限り、補助の対象とできません。証明料金がかかる場合は、自己負担となります。

☆ 40歳以上の健診受診者は、特定健診分の費用(再掲)を記載して下さい。

☆ 添付書類はお返しできません。

☆ 受診日より2カ月以内に申請してください。

【組合記入欄】

|           |  |
|-----------|--|
| 800 ・ 東振協 |  |
|-----------|--|

## 健診費用明細書

| 検査項目          | 検査内容          | 費用(円) |
|---------------|---------------|-------|
| 身体計測          | 問診(聴打診)       |       |
|               | 身長            |       |
|               | 体重            |       |
|               | BMI指数         |       |
|               | 視力(最高/最低)     |       |
|               | 血圧            |       |
|               | 腹囲            |       |
| 尿検査           | 蛋白(定性)・糖(定性)  |       |
| 胸部X線          | 胸部直接またはデジタル撮影 |       |
| 採血料           |               |       |
| 貧血検査          | 赤血球数          |       |
|               | 白血球数          |       |
|               | ヘマトクリット       |       |
|               | ヘモグロビン        |       |
|               | 血小板           |       |
| 生化学的検査I       | 空腹時血糖         |       |
|               | HbA1c         |       |
|               | 中性脂肪          |       |
|               | HDLコレステロール    |       |
|               | LDLコレステロール    |       |
|               | AST(GOT)      |       |
|               | ALT(GPT)      |       |
|               | γ-GTP         |       |
|               | 尿酸            |       |
| 聴力検査          | 1000Hz・4000Hz |       |
| 心電図           | 安静時(12誘導)     |       |
| 消化器検査(40歳以上)  | 胃直接またはデジタル撮影  |       |
| 大腸がん検査(40歳以上) | 便潜血反応(2日法)    |       |
| 乳房検査(40歳以上)   | マンモグラフィ       |       |
| 子宮がん検査        | 医師採取法         |       |