

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	※1 コード
			支給決定額
			実施項目
	特定健診分(再掲) ()		特定
	特定健診分(再掲) ()		特定
	特定健診分(再掲) ()		特定
	特定健診分(再掲) ()		特定
	特定健診分(再掲) ()		特定
被保険者 振込先	銀行名	銀行	口座番号
	銀行コード		(普) No.
	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	