

健(検)診料支給申請書

下記の通り、健(検)診料の支給申請をいたします。

記 号		番 号	
被 保 険 者 所 住	TEL		
被 保 険 者 氏 名	①		
実 施 機 関 実 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
振 込 先	銀行名	銀行	口座番号 (普) No.
	支店名	支店	※2 フリガナ 口座名
添 付 書 類	1. 健(検)診受診結果(写) 2. 領収書(原本) 3. 特定健康診査問診票 4. 健診費用明細書※3		

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 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。

☆ 1次健診受診者(40歳以上)は、特定健診分の費用(再掲)を記載してください。
分からない場合は、受診した健診機関にお問い合わせください。

☆ 添付書類はお返しできません。

☆ 受診日より1カ月以内に申請してください(最終受付期限は実施年度の2月末日必着です)。

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(40歳以上)	
尿検査	蛋白(定性)・糖(定性)	
胸部X線	直接撮影	
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	
	中性脂肪	
	ALT(GPT)	
	γ-GTP	
	尿酸	
	HDLコレステロール	
	LDLコレステロール	
	AST(GOT)	
	Ch-E	
	HbA1c	
聴力検査	1000Hz・4000Hz	
心電図	安静時(12誘導)	
胃部X線	直接撮影	
大腸がん検査	便潜血反応(2日法)	
乳房検査(40歳未満)	視触診と超音波	
乳房検査(40歳以上)	視触診とマンモグラフィ	
子宮がん検査	自己採取法	