

常務理事	事務長	事務長代行	係

ミライト健康保険組合 理事長殿

年 月 日

人間ドック補助金申請書

< 契約外病院での健診／PSA・ピロリ菌・乳房・子宮検査(オプション) >

- 契約外病院で受けた方・・・領収書(原本)・結果表(全ページのコピー)・質問票を添付
- 契約病院または契約外病院で<PSA・ピロリ菌・乳房・子宮検査>をオプションで受けた方・・・領収書(原本・検査項目の明記があるもの)を添付

保険証の記号 - 番号	健診者名		連絡先 (TEL)
-	印	本人・配偶者	
会社名	所属		
	本社	支店	事業本部 部

病院名						
健診日		年 月 日				
健診コース(どれかに○)		日帰り	婦人科	1泊2日		
契約外	婦人科検査	*契約外病院で受ける婦人科項目を下記から選び○をしてください。				
		乳房触診	乳房エコー	乳房マンモグラフィ	子宮細胞診	子宮エコー
	人間ドック基本費用	円	実費を記入。契約外病院で健診した場合のみ			
契約または契約外のオプション	PSA検査費用	円	実費を記入。オプションで窓口支払いをした場合のみ。40歳以上男性のみ			
	ピロリ菌検査費用	円	実費を記入。オプションで窓口支払いをした場合のみ。			
	乳房検査費用	触診	円	"		
		エコー	円	"		
		マンモグラフィ	円	"		
子宮検査費用	細胞診	円	"			
	エコー	円	"			

～健保使用欄～

受付印	補助金額		振込日
	基本検査	円	
	PSA検査	円	
	ピロリ菌検査	円	
	婦人科検査	円	
	合計	円	