

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

令和 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・・・①領収書原本(ドック健診料とオプション料金が別々に記載のもの)
②結果表(全ページのコピー)・③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(検査項目毎に、検査料金の明記があるもの)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	令和 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
契約または契約外のオプション	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			
	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	契約病院で受診した婦人科コースの中に、他の乳房検査子宮細胞診検査が含まれている場合は申請は不要です。		
		エコー	円	契約病院で受診した婦人科コースの中に、他の乳房検査が含まれている場合は申請は不要です。		
子宮検査費用	マンモグラフィ	円	"			
	細胞診	円	契約病院で受診した婦人科コースの中に、他の子宮検査が含まれている場合は申請は不要です。			
	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	