

常務理事	事務長	事務長代行	係	係	係

ミライト健康保険組合 理事長殿

年 月 日

## 特定健診 補助金申請書(被扶養家族)

- 特定健診の基本検査項目に〈PSA・ピロリ菌・乳房・子宮検査〉を追加した場合
  - … 領収書に、追加した検査項目の検査名・金額を項目ごとに明記してもらい、それを添付してください。

保険証の記号 - 番号	被保険者名		連絡先 (TEL)
—			
会社名	所属		
	本社	支店	事業本部 部

保険証の記号 - 番号	健診者名		被保険者との続柄	
—				
病院名				
健診日	年 月 日			
追加検査項目	PSA検査費用	円	追加で検査し、窓口払いをした場合のみ実費を記入。	
	ピロリ菌検査費用	円	〃	
	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 |
|     | PSA検査  | 円 |     |
|     | ピロリ菌検査 | 円 |     |
|     | 婦人科検査  | 円 |     |
|     | 合計     | 円 |     |

|      |     |       |   |   |   |
|------|-----|-------|---|---|---|
| 常務理事 | 事務長 | 事務長代行 | 係 | 係 | 係 |
|      |     |       |   |   |   |

ミライト健康保険組合 理事長殿

年 月 日

## 特定健診 補助金申請書（任意継続）

- 特定健診の基本検査項目に＜PSA・ピロリ菌・乳房・子宮検査＞を追加した場合  
 …… 領収書に、追加した検査項目の検査名・金額を項目ごとに明記してもらい、  
 それを添付してください。

|             |       |          |
|-------------|-------|----------|
| 保険証の記号 — 番号 | 被保険者名 | 連絡先（TEL） |
|             |       |          |

|        |          |         |                            |
|--------|----------|---------|----------------------------|
| 180 —  | 健診者名     |         | 被保険者との続柄                   |
|        |          |         |                            |
| 病院名    |          |         |                            |
| 健診日    |          | 年       | 月 日                        |
| 追加検査項目 | PSA検査費用  |         | 円 追加で検査し、窓口払いをした場合のみ実費を記入。 |
|        | ピロリ菌検査費用 |         | 円 //                       |
|        | 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 |
|     | PSA検査  | 円 |     |
|     | ピロリ菌検査 | 円 |     |
|     | 婦人科検査  | 円 |     |
|     | 合計     | 円 |     |