

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

特定健診 補助金申請書

- 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)
-		印	
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

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）
	印	

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