

--	--	--	--	--

健診利用申込および助成金交付申請書

大阪府貨物運送健康保険組合

記号番号	—	事業所名			
フリガナ		職 種	役員・事務員・乗務員 作業員・その他()		
被保険者名					
フリガナ		続 柄	性 別	男・女	
受診者名					
受診者 生年月日	昭和・平成 年 月 日生	受診時の 年 齢	歳		
受診者住所	〒 電話 () —				
健診機関名					
受診年月日	令和 年 月 日 () 曜日				
受診希望 の項目に ○を記入 してくだ さい。 (D.腫瘍マ ーカー は、単独での 助成はあり ません。 ドック又はA が必要です。	健 診 内 容		契約料金 (税別)	助成金額	対象者(受診時)
	半日 人間ドック			25,000 円	35 歳以上
	一泊 人間ドック				
	A. 生活習慣病予防健診			7,000 円	契約施設での コース別健診 ・被保険者 ・20 歳以上の 被扶養者
	B. 胃健診			6,000 円	
	C. 婦人科健診	乳がん健診		2,500 円	
		子宮がん健診		2,500 円	
	D. 腫瘍マーカー検査	がん検診		2,500 円	35 歳以上
前立腺検査			1,000 円	50 歳以上	
助 成 金 金 額				円	

- この健診結果は、健康保険法第 150 条の規定により、皆さまの健康に寄与する事業に活用します。
- 上記のとおり健診利用申込および助成金の交付申請をします。
 - ・ 健診結果は、大阪府貨物運送健康保険組合に提出することに同意します。
 - ・ 被保険者の健診結果は、健康づくり事業のため事業所と共有することに同意します。
 - ※ 健診結果を事業所と共有することに同意しない場合はお申し出ください。

令和 年 月 日 受診者氏名

※以下は医療機関の記入欄です。記入しないでください。

<p>上記のとおり受診がありましたので、受診者本人の同意の基に健診結果表を添付のうえ、別添請求書により健診助成金相当額を請求します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関名</p>
