

人間ドック実施費用交付申請書

被保険者証の 記号番号	60 -		[指定健診医療機関] 松江市立病院、松江赤十字病 院、安来市立病院、雲南市立病 院、町立奥出雲病院、出雲市立 総合医療センター、大田市立病 院、江津総合病院、浜田医療セン ター、益田赤十字病院、益田地域 医療センター医師会病院、隠岐 病院、島根県環境保健公社総合 健診センター、ヘルスサイエンスセ ンター島根、島根大学医学部附属 病院
療養を受けた 組合員	氏名		
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	
実施年月日	令和 年 月 日		
実施医療機関	※ 左記の指定健診医療機関一覧から選択してご記入ください。		
検 査 項 目 内 訳			費 用 額
<input type="checkbox"/> 基本健診			円
がん 検 診	<input type="checkbox"/> 胃がん1 (胃内視鏡検査)		円
	<input type="checkbox"/> 胃がん2 (胃部エックス線検査)		円
	<input type="checkbox"/> 肺がん1 (胸部エックス線検査)		円
	<input type="checkbox"/> 肺がん2 (胸部エックス線検査及び喀痰細胞診)		円
	<input type="checkbox"/> 肺がん3 (胸部CT検査)		円
	<input type="checkbox"/> 大腸がん (便潜血検査)		円
	<input type="checkbox"/> 乳がん (「乳房エックス線検査」もしくは「視触診及び乳房エックス線検査」)		円
	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん (視診、子宮頸部の細胞診及び内診)		円
その他		円	
<input type="checkbox"/> (チェックボックス)は、実施した検査項目にチェックを入れてください。			費用額合計 円

特定健診データ提供	有・無	※ 特定健診のデータ提供をされる場合は「有」に○印を記し、保健事業様式第1号[続き]を添付して下さい。	
振込先 (申請者の 口座)	銀行・信金 信組・農協		本店 支店 出張所
	種別	1. 普通預金 2. 当座預金 3. 貯蓄預金	口座番号
	名義	(フリガナ)	

上記の通り、人間ドックを実施したので、実施費用交付を申請いたします。

令和 年 月 日
申請者(組合員) 住所 (〒 -) 氏名 ⑩

島根県医師国民健康保険組合理事長 様