

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 —												
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。												
〔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、公立邑智病院													
検 査 項 目 内 訳										費 用 額			
☐ 基本健診										円			
がん 検 診	☐ 胃がん1（胃内視鏡検査）										円		
	☐ 胃がん2（胃部エックス線検査）										円		
	☐ 肺がん1（胸部エックス線検査）										円		
	☐ 肺がん2（胸部エックス線検査及び喀痰細胞診）										円		
	☐ 肺がん3（胸部C T検査）										円		
	☐ 大腸がん（便潜血検査）										円		
	☐ 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		
	☐ 子宮頸がん（視診、子宮頸部の細胞診及び内診）										円		
そ の 他											円		
											円		
☐ (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