

人間ドック実施費用交付申請書

被保険者の 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
<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
				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			印

島根県医師国民健康保険組合理事長 様