

# 一般健康診断実施助成金請求書（令和 年度）

令和 年 月 日

鹿児島県医師国民健康保険組合 宛

住 所	
医療機関名	電話 ( )
医師組合員名	

下記の被保険者について、健康診断を実施したので、助成金を請求します。

被保険者番号		受診者氏名	生年月日	実施日
記号	番号			
3010			昭和 ・ 平成 年 月 日	令和 年 月 日
検査項目	<input type="checkbox"/> 身体計測・血圧測定 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 胸部X線 <input type="checkbox"/> 内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> 生化学的検査 <input type="checkbox"/> 血液学的検査 <input type="checkbox"/> 免疫学的検査 <input type="checkbox"/> 尿検査 <input type="checkbox"/> その他 ( ) (実施した検査項目にチェックをして下さい。)			
実施医療機関証明欄			㊞	

実施した医療機関の証明を受けて下さい。(自院・他院は問いません)

振込 銀行 口座	銀行名	支店名	口座番号	名義（フリガナ）
			普通・当座 No	

- ※ 医師国保組合加入の35歳以上39歳未満の被保険者が健康診断のため受診し、本様式で期限内に請求があった場合、お一人につき1回限り5,000円を助成致します。
- ※ 検査センターや医師会が行う血液検査の無料実施分などとの重複請求はご遠慮下さい。
- ※ 各年度3月31日までの実施分について翌年度4月30日までに請求書を本組合が受理したのものについて助成致します。期限を過ぎての請求について助成金はお支払いできません。
- ※ 本用紙が不足する場合、コピーをして使用されても結構です。