

本件支給決定のうえ支払してよろしいか	常務理事	事務長	担当者	支給決定額

検診補助金・費用請求書 (被保険者用)

被保険者等の 記 号・番 号		記 号	番 号	事業所の 名 称		
受診者	氏 名				続 柄	
	生年月日	年 月 日				※人間ドック又は生活習慣病健診を受診された方は、下記質問の該当する項目に☑をお願いします。
検診の種別 (該当するものに☑をしてください)		☐人間ドック ☐生活習慣病 (特定健診含む) ☐胃癌 ☐大腸癌 ☐子宮癌 ☐乳癌				1. 喫煙していますか ☐している ☐以前は吸っていたが、最近1ヶ月間は吸っていない ☐していない 2. 次の薬を服用していますか ①血圧を下げる薬 ☐服用あり ☐服用なし ②インスリン注射又は血糖を下げる薬 ☐服用あり ☐服用なし ③コレステロールを下げる薬 ☐服用あり ☐服用なし
検診年月日		年 月 日				
検診機関名						

上記のとおり検診を受けましたので、補助金・費用 を請求いたします。

(※検診結果通知書の写し、領収書を添付すること)

年 月 日

ユニチカ健康保険組合 常務理事殿

〒 -

住 所 _____

被保険者 氏 名 _____

電 話 () ー _____

確認欄(チェック☑をお願いします)		☐ この届出については、請求者本人(被保険者)が作成したものである					
受領方法	1. 現金 2. 振込	振込先	金 融 機関名	(カナ) _____ (漢字) _____		銀行・労働金庫 信用金庫 信用組合・農協	本店 支店
			預金の種 類	1. 普通 2. 当座	口座番号		
			口 座 名義人	(カナ) _____ (漢字) _____			
委任状	上記請求金額の受領を 住 所 に委任します。 氏 名 年 月 日 被保険者氏名						
処理欄	検診機関への支払額		支払額計算式			補助金額	
	円					円	