

2017年度 法定外検診費用補助申請書兼請求書

日本通運健康保険組合 常務理事	印
--------------------	---

事業所名	印
------	---

申請 年 月 日 申請No. _____

法定外検診費用補助申請書

検診内容	対象人員	実施予定月日	実施予定人員	検診機関名
大腸がん	人	月 日	人	
胃がん	人	月 日	人	
健保費用 補助額	大腸がん	便潜血2日法	@ 円 × 人 = 円	
	胃がん	X線(間接・直接)	@ 円(上限2,000円) × 人 = 円	
		ペプシノゲン	@ 円(上限2,000円) × 人 = 円	

★①太線内は必ず記載願います。②費用は、税込みで円未満切上げとします。

承認 年 月 日 健保承認No. _____

法定外検診費用補助承認書 (日通健保記入)

承認金額	大腸がん	<input type="checkbox"/> 上記の申請額	<input type="checkbox"/> 右記の金額	円
	胃がん	<input type="checkbox"/> 上記の申請額	<input type="checkbox"/> 右記の金額	円
決済方法	上記承認の健保補助分請求処理は、下欄の請求書(業者からの請求書写を添付)によりお願いいたします。			
その他				

年 月 日

法定外検診費用補助請求書

*年度内に請求願います

日本通運健康保険組合 宛

事業所名 _____ 印

担当者名 _____ TEL () _____

上記の検診を実施したので請求いたします。なお、要精検者は記載のとおりです。

摘要	検診日	請求額 (一人当たり健保費用補助額×受診者総数)	(要精検者数)
大腸がん	便潜血2日法	月 日 @ 円 × 人 = 円	(人)
胃がん	X線(間接・直接)	月 日 @ 円(上限2,000円) × 人 = 円	(人)
	ペプシノゲン	月 日 @ 円(上限2,000円) × 人 = 円	(人)
(備考欄)			
請求額		_____ 円	

振込先	銀行名	口座名義	種別	口座No.
	銀行 支店		当座 普通	
(銀行No. 支店No.)				

★太線内(銀行No.等も)は必ず記載し、検診機関からの請求書(写)を必ず添付願います。