

# 2021年度 がん検診等（集団）費用補助請求書 （別紙4）

年 月 日

日本通運健康保険組合 宛

事業所名 \_\_\_\_\_ (印)

担当者名 \_\_\_\_\_  
TEL ( ) \_\_\_\_\_

標記につき、検診を実施しましたので請求いたします。

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）
胃がん検診 （集団）	X線 （間接・直接） 月 日	@ 円 × 人 = 円 （上限2,000円）
子宮頸がん 検診 （集団）	***** 月 日	@ 円 × 人 = 円 （上限4,000円）
乳がん検診 （集団）	X線 （マンモグラフィ） 月 日	@ 円 × 人 = 円 （上限6,000円）
	超音波 （エコー） 月 日	@ 円 × 人 = 円 （上限6,000円）
	X線及び超音波 月 日	@ 円 × 人 = 円 （上限6,000円）
肝炎ウイルス 検査 （集団）	B型肝炎ウイルス HBs抗原検査 HBs抗体検査 月 日	@ 円 × 人 = 円
	C型肝炎ウイルス HCV抗体検査	（上限3,000円）
請 求 額		_____ 円

振込先	銀行名	口座名義 （カナ表記願います）	種別 （どちらかに○）	口座No.
	銀行 支店 （銀行No. 支店No. ）		当座・普通	

※検診機関からの請求書（写）または領収書（写）を必ず添付ください。