

※支払決定	年 月 日	決 裁	支払日 年 月 日			
	¥		常務理事	事務長	担当者	被扶養者確認印

【契約外受診専用】 オプション検診補助金請求書

保険証の記号・番号		所属部店名			
オ プ シ ョ ン 検 診	受診した検診名と 受診年月日 (該当する番号に ○印を、また該当 する□のなかにレ 点マークをし、受 診年月日を記入し て下さい) ※検診対象の年齢 は4月1日現在 です。	1. 骨粗鬆症検診 (40歳以上の女性) (受診年月日) 年 月 日 2. 肺がん検診 (40歳以上の男女) □検診方法: ヘリカルCT (受診年月日) 年 月 日 □検診方法: 喀痰細胞診 (受診年月日) 年 月 日 3. すい臓がん検診 (腫瘍マーカー) (40歳以上の男女) (受診年月日) 年 月 日 4. 前立腺がん検診 (50歳以上の男性) (受診年月日) 年 月 日 5. 脳ドック (40歳及び50歳の男女、50歳以上の男女) □検診方法: MRIまたはMRI・MRA (受診年月日) 年 月 日 □検診方法: CTまたはヘリカルCT (受診年月日) 年 月 日 6. 大腸がん検診 (大腸内視鏡または大腸CT) (40歳及び50歳の男女、50歳以上の男女) (受診年月日) 年 月 日 7. ピロリ菌検査 (30歳以上の男女) (受診年月日) 年 月 日 <small>【注意】本人・家族それぞれ加入期間中1回限り</small> 8. C型・B型肝炎ウイルス検査 (40歳以上の男女) (受診年月日) 年 月 日 <small>【注意】本人・家族それぞれ加入期間中1回限り</small>			
	受診医療機関名				
	検診を受けた人 の氏名	年齢	被保険者 との続柄		
うえによりオプション検診補助金を請求します。 年 月 日 請求金額 円也 ジャックス健康保険組合理事長 殿 住 所 請求者氏名 印					
銀行振込口座	銀行 信用金庫	支店 口座番号	普通 当座	フリガナ <口座名義>	

- (注) 1. 「契約外受診とは」契約健診機関外で受診したまたは契約健診機関で生活習慣病検診とは別に予約してオプションだけ単独で受診した場合をいいます。
契約健診機関で生活習慣病検診と同時にオプションを受診した方は請求対象外です。
2. ※印は記入しないで下さい。
 3. 受診した検診名と検診方法が記載された領収書(宛名に受診者名の入っているもの)を添付して、被保険者が請求して下さい。
 4. 事業主が株式会社ジャックス(保険証の記号が10)の方は、給与に合算されて振り込まれるため、上記の口座記入は不要です。