

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

オプション検診補助金請求書

No. _____

保険証の記号・番号		〇〇	〇〇〇〇	所属部店名		〇〇 支店	
オ プ シ ョ ン 検 診	受診した検診名と 受診年月日	1. 骨粗鬆症検診（40歳以上の女性） （受診年月日） 平成 年 月 日 2. 肺がん検診（40歳以上の男女） <input type="checkbox"/> 検診方法：ヘリカルCT （受診年月日） 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 検診方法：喀痰細胞診 （受診年月日） 平成 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 3. C型・B型肝炎ウイルス検査（40歳以上の男女） （受診年月日） 平成〇〇年 〇月 〇日 4. 前立腺がん検診（50歳以上の男性） （受診年月日） 平成 年 月 日 5. 脳ドック（40歳及び45歳の男女、50歳以上の男女） <input type="checkbox"/> 検診方法：MRI （受診年月日） 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 検診方法：MRI・MRA （受診年月日） 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 検診方法：CT （受診年月日） 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 検診方法：ヘリカルCT （受診年月日） 平成 年 月 日 6. 大腸がん検診（大腸内視鏡）（40歳及び45歳の男女、50歳以上の男女） （受診年月日） 平成 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）	※検診対象の年齢は毎年 度4月1日現在です。					
	受診医療機関名	〇〇健診クリニック					
検診を受けた人 の 氏 名	健保 太郎	年 齢	〇〇	被保険者 との続柄	本人		
上記によりオプション検診補助金を請求します。 平成〇〇年 〇月 〇日 請求金額 〇, 〇〇〇 円也 ジャックス健康保険組合理事長 殿 住 所 東京都渋谷区恵比寿4-1-〇〇 請求者氏名 健保 太郎 印							
銀行振込口座	〇〇 銀行 〇〇 支店 口座番号 普通 〇〇〇〇〇〇 信用金庫 当座 フリガナ カボ タロ <口座名義> 健保 太郎						

(注) ※印は記入しないで下さい。
 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。