

生活習慣病予防健診費用請求書

被保険者記入欄

請求者	事業所			所属店舗等
	被保険者証	記号	番号	被保険者
				氏名
住所				

下記のとおり受診しましたので**健診結果(写)**と**領収証**を添えて健診費用を請求いたします。
 ウラベ健康保険組合が**健診結果(写)**を事業所へ送付することを承諾いたします。
 また、本請求に基づく給付金の受領を次の代理人に委任いたします。

代理人	(事業所)	所在地
		事業所名

被保険者記入欄

受診内容	区分：本人(一般 / ドック)・被扶養配偶者(一般 / ドック) (○印をして下さい。)					
受診者	氏名：	生年月日： S/H/R	年	月	日	性別： 男 ・ 女
健診機関	所在地	都道府県	市郡	区町村	受診日	令和 年 月 日
	病院名など				支払金額	円
健診項目 (実施した項目の番号に○印を付けてください) 1. 診察 2. 身体・腹囲測定 3. 視力 4. 聴力 5. 血圧測定 6. 尿検査 7. 糞便検査 8. 血液学的検査 9. 生化学検査 10. 心電図検査 11. 胸部レントゲン検査 12. 胃部レントゲン検査または胃内視鏡検査 13. 血清検査 14. 眼底検査 15. 肺機能検査 16. 子宮がん検査 17. 乳がん検査 (視触診) 18. 乳房X線 (マンモグラフィ) 検査 または乳腺超音波検査 19. 骨密度検査 20. 腫瘍マーカーPSA (前立腺がん) 19. 腹部超音波検査 21. その他 (具体的に)						

健保組合記入欄

常務理事	事務長	職員	区分	一般 ・ ドック		
			支払日	令和	年	月
			支払金額	円		