

# 特別医療金申請書

(けんぽ共同健診用)

¥

事務局長	係長	係

年 月 日 提出

共済組合員番号		—	
---------	--	---	--

所 属

申請者名

印

健保被扶養者  
患者名

続柄

年齢

才

受診期間

年

月

日から

年

月

日まで

日間

※下表のうち受診した検診の補助金額を金額欄に記入して下さい。

項 目	補助金額 (一律)
<b>【施設型検診】</b> 基本検査 (一般検診コース)  ※オプション (がん検診等) の受診に拘らず 補助金額は一律です。	<u>5,430 円</u>
<b>【巡回型検診】</b> 基本検査 (一般検診コース)  ※オプション (がん検診等) の受診に拘らず 補助金額は一律です。	<u>2,350 円</u>

上記の事実と相違ないことを証明いたします。

所属長

印

相鉄共済組合 御中

受付日		支払日	
-----	--	-----	--

(注) 1. 医療機関発行の領収証は、健診内容記載のもの (原本の写し可) を添付して下さい。

領収証に記載がない場合は、健診結果も添付して下さい。

2. オプション (がん検診等) を単独で受診することはできません。必ず基本検診の何れかと同時に受けて下さい。

3. 人間ドック (本人・家族)、婦人科検診 (本人) に係る申請は、専用の申請書を使用して下さい。