

令和5年度エヒメ健診協会オプション検査補助申請書

①～⑪までを記入し、控えを添付して所属出張所へ提出してください。

①記号		②番号			③枝番	④受診者氏名		
90	32							
⑤健診を受けた日					⑥受診者生年月日			⑦満年齢
R	年	月	日	S・H	年	月	日	歳
⑦オプション受診項目					⑧自己負担金額		⑨受診したものに○	
ア	前立腺がん				¥2,500			
イ	婦人科系他				¥2,500			
ウ	ピロリ菌				¥2,500			
エ	胃がんリスク				¥3,500			
オ	甲状腺				¥3,500			
カ	骨粗鬆症リスク				¥3,500			
キ	心不全				¥3,500			
ク	超悪玉 [sd-LDL]コレステロール				¥7,500			
ケ	アレルギー				¥15,500			
コ	脳・心筋梗塞発症リスク				¥15,500			
サ	健康年齢レポート				¥2,000			

上記のオプション検査補助について、健診受診時資格を有していることを確認し申請します

⑩ 申請日

令和 年 月 日

⑪ 組合員氏名

(支部・出張所使用欄)

支部長	支部担当者	出張所長	出張所担当者

支部 使用 欄	支給金額	支給月	4/1資格	特定資格	重複チェック