

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 |
|---------------|------|-----|-------|------|--------|
| | | | | | |