

受付年月日	
決裁年月日	
支 給 額	

常務理事	事務長	担当者	担当者

日本トランシスティ健康保険組合 御中

健診サポート申請書

記号	番号	事業所	名 称	
			本 社 所在地	〒 一
受診被扶養者氏名 (健診を受けた方)		年 月 日生		
連絡先		() 一		
健 診	受診日	年 月 日		
	医療機関名 いざれかに○ 名称を記入	() 契約医療機関 ()		
		() 巡回健診 () 会場)		
	項目 (該当に○)	腫瘍マーカー(CEA・AFP・CA19-9) * 対象はこの3種のみです 胃カメラ(バリウム検査に代えて) 乳がん検診 子宮頸がん検診 PSA(前立腺がん検診)		
支払金額		①みたき健診クリニックでの受診、または巡回健診(全国版・東海版)の場合は支払った金額を記入 ②みたき健診クリニック以外の契約医療機関で受診した場合は0円を記入(窓口での支払い無し)		
		円		

＜留意事項＞

※申請後、健診日時、医療機関、受診項目等に変更があった場合は、必ず、訂正内容を健康保険組合まで連絡してください。

※①受診窓口での費用支払または費用の振込み手続きをされた場合は、必ず領収書を添付してください。

領収書の提出が無い場合、費用のお振込み手続きはできませんのでご了承ください。

※支払金額がある場合は、登録されている金融機関口座に振り込みます。

※②受診窓口で支払をしていない場合、この申請書の提出により、自己負担額の給与天引きがなくなります。

上記のとおり申請します。

年 月 日

(申請者)

住 所

被保険者

(事業所勤務者)