

伺年月日	平成 年 月 日
決裁年月日	平成 年 月 日
支給決定額	円

決 裁				
常務理事	常務理事代理	事務長	係	係

- 補助要件 組合員が自費で肺ヘリカルCT検査を受診した場合に支給します。
- 補助金額 受診費用の30%
- ご注意 検査の結果で異常が出た場合、健保医療職による介入があります。介入を希望しない場合は申請できません。

## 肺ヘリカルCT検査受診費用補助申請書

保険証	記号	被保険者名			
	番号				
事業所名 (会社名)			生年月日	昭和 平成	年 月 日生

受診日		受診費用	円
検査実施 施設名			

### 被保険者口座記入欄

※必ず被保険者の口座を記入してください。

銀行名	銀行・信用金庫 信用組合・農協	支店名	本店・支店 出張所			
預金種目	普通預金	口座番号				
(フリガナ) 口座名義人						

- 申請期限** 申請は2016年12月31日までとなります。
- 添付書類** この用紙に必要な事項を記入して申請してください。  
ご本人名義の領収書または受診明細書を添付してください。
- 備考** 添付書類で受診日、受診費用、検査名、検査実施施設名が照合できることをご確認ください。

上記の通り申請いたします。

なお、検査の結果で異常が出た場合による健保医療職の介入に同意いたします。

平成 年 月 日

住所

受診者

氏名

印

オートボックス健康保険組合理事長 殿