年　　月　　日

りそな健康保険組合　御中

胸部CT検査補助金請求書

所属	
被保険者名 （自署）	
被保険者 記号・番号	―
連絡先TEL	内線：

下記のとおり胸部CT検査を受けましたので、補助金を請求いたします。

記

受診者氏名	(1)	(2)
支払金額	円	円
受診日	年　月　日	年　月　日
対象者基準 （いずれかにチェックしてください）	□ 喫煙している □ 過去に喫煙していた □ 受動喫煙が気になる □ その他（　）	□ 喫煙している □ 過去に喫煙していた □ 受動喫煙が気になる □ その他（　）

【支給条件】

以下の条件をすべて満たすこと。

○ 本請求書に**「領収書（原本）」、「検査結果報告書（写）（胸部CTの検査結果記載頁のみ）」が添付されていること。**

○ 受診日時点で満40歳以上の被保険者、被扶養者であること。

○ 当健康保険組合が実施する人間ドックのオプション検査として受診した胸部CT検査であること。

【注意事項】

○ 補助金は**5年に1度支給**します。（前回補助金支給より5年（年度）が、経過していること。）

○ 健康保険適用分（3割負担等）は補助対象外です。

○ **補助金の上限は1人6,000円です。**

○ **請求期限（受診日が属する年度の翌年度末）を経過した場合、補助金は支給しません。**

【健保使用欄】

常務理事	検印	係

支給決定日	
支給決定額	円