

事業所一括請求申請書

直営健診センターにおける健康診査受診時の窓口負担料金の支払いについて、下記のとおり、事業所負担分を弊社宛にご請求いただくことを（登録・変更・取消）します。

事業所記号					事業所名称	
-------	--	--	--	--	-------	--

■被保険者（本人）の取り扱いについてご記入ください。（取消時は記入不要）

対象	受診コース	窓口負担額	本人負担額	事業所負担額	オプション料金	
					本人負担	事業所負担
被保険者 (本人)	C 健診	5,500 円	円	円	<input type="checkbox"/> 骨量検査 <input type="checkbox"/> 胃がんリスク検診 <input type="checkbox"/> 胃部内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 血圧脈波検査 <input type="checkbox"/> 胸部 CT 検査	<input type="checkbox"/> 骨量検査 <input type="checkbox"/> 胃がんリスク検診 <input type="checkbox"/> 胃部内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 血圧脈波検査 <input type="checkbox"/> 胸部 CT 検査
	C 健診（節目健診）	3,300 円	円	円	<input type="checkbox"/> 骨量検査 <input type="checkbox"/> 胃がんリスク検診 <input type="checkbox"/> 胃部内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 血圧脈波検査 <input type="checkbox"/> 胸部 CT 検査	<input type="checkbox"/> 骨量検査 <input type="checkbox"/> 胃がんリスク検診 <input type="checkbox"/> 胃部内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 血圧脈波検査 <input type="checkbox"/> 胸部 CT 検査
	B 健診	3,300 円	円	円	<input type="checkbox"/> 胃がんリスク検診 <input type="checkbox"/> 胃部内視鏡検査	<input type="checkbox"/> 胃がんリスク検診 <input type="checkbox"/> 胃部内視鏡検査

■被扶養者（家族）の取り扱いについてご記入ください。（取消時は記入不要）

被扶養者（家族）について、事業所負担いたしません。

被扶養者（家族）について、事業所負担いたします。〔配偶者 全て その他（ ）〕

対象	受診コース	窓口負担額	被扶養者負担額	事業所負担額	オプション料金	
					被扶養者負担	事業所負担
被扶養者 (家族)	C 健診	5,500 円	円	円	<input type="checkbox"/> 骨量検査 <input type="checkbox"/> 胃がんリスク検診 <input type="checkbox"/> 胃部内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 血圧脈波検査 <input type="checkbox"/> 胸部 CT 検査	<input type="checkbox"/> 骨量検査 <input type="checkbox"/> 胃がんリスク検診 <input type="checkbox"/> 胃部内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 血圧脈波検査 <input type="checkbox"/> 胸部 CT 検査
	C 健診（節目健診）	3,300 円	円	円	<input type="checkbox"/> 骨量検査 <input type="checkbox"/> 胃がんリスク検診 <input type="checkbox"/> 胃部内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 血圧脈波検査 <input type="checkbox"/> 胸部 CT 検査	<input type="checkbox"/> 骨量検査 <input type="checkbox"/> 胃がんリスク検診 <input type="checkbox"/> 胃部内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 血圧脈波検査 <input type="checkbox"/> 胸部 CT 検査
	B 健診	3,300 円	円	円	<input type="checkbox"/> 胃がんリスク検診 <input type="checkbox"/> 胃部内視鏡検査	<input type="checkbox"/> 胃がんリスク検診 <input type="checkbox"/> 胃部内視鏡検査

（申請書提出にあたっての留意点）

- ※本人・被扶養者負担額、事業所負担額の金額は 10 円単位までとします。負担額を按分される場合には、事前に按分額について、健康管理グループへご相談ください。（金額によってはご対応できない場合がございますのでご了承ください。）
- ※申請書提出の際には、登録・変更・取消のいずれかに印をつけてご提出ください。なお、申請書内容の変更や一部を取消す場合には、変更印をつけてご提出ください。事業所一括請求自体を取消希望される場合にのみ取消としてご提出ください。
- ※太枠内をすべてご記入ください。本人負担額、事業所負担額欄についてはそれぞれご負担される金額をご記入ください。
- ※オプション検査料金：骨量検査 550 円／胃がんリスク検診 1,430 円／胃部内視鏡検査（胃カメラ）2,750 円／血圧脈波検査 550 円／胸部 CT 検査 3,300 円の負担についてはそれぞれについて本人負担、事業所負担とされるのか口欄にチェックをつけてください。按分したご請求は致しかねます。
- ※申請書内容（登録・変更・取消）の反映時期につきましては、組合側で申請書を受理した月の翌月より受診される方を対象とさせていただきます。
- ※請求時期については、受診月の翌月初旬に 1 カ月まとめてご請求させていただきます。
- ※請求時は納付書とともに請求内訳書をお送りいたします。なお、請求内訳書には、受診された方の氏名、受診日、受診場所、受診コースが記載されますので、事前に同意を受けるなどのご配慮をお願いいたします。

事業所所在地	
事業所名	
事業主氏名	
電話番号	()

受付日付印