

請 求 書

令和 年 月 日

沖縄県医師国民健康保険組合理事長 殿

住 所 _____

医 療 機 関 名 _____

医師組合員氏名 _____ 印

人間ドック・脳ドック・PETがんだック 助成金の請求について

みだしの件につきまして助成金の請求をします。

請求額 _____ 円

※2名分記入できます。

被保険者番号	① 沖医国	② 沖医国
受検者氏名		
受検年月日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
受検した医療機関		
受検項目 ※いずれかを○で囲ってください	人間ドック・脳ドック・PET	人間ドック・脳ドック・PET
受検費用額	円	円

※振込先金融機関

銀行名	銀行	支店名	支店
口座番号	(普通・当座) No.	フリガナ	
		口座名義	

※1. 人間ドックと特定健診を同日に受診した場合、特定健診の単価を差し引いた分を助成いたします。

※2. 領収書を添付して下さい。