

極秘

(個人用)

骨粗しょう症検診費用補助料請求書

令和 8 年度

年 月 日

神奈川県医療従事者健康保険組合 御中

骨粗しょう症検診を受診したため、補助料請求いたします。

被保険者勤務先事業所名称			
健康保険資格情報の記号-番号-枝番 (※マイナポータルで確認できます)	—	—	
請求者住所	〒 — 電話 ()		
請求者氏名		生年月日	昭和 年 月 日 才
			※令和9年3月31日までに50・55・60・65・70歳になる 女性の被保険者様・被扶養者様に限る

振込先金融機関	金融機関コード				本支店番号				預金種別	口座番号								
		<input type="checkbox"/> 銀行				<input type="checkbox"/> 本店			<input type="checkbox"/> 普通	フリガナ								
		<input type="checkbox"/> 金庫				<input type="checkbox"/> 支店			<input type="checkbox"/> 当座	預金口座名義								
		<input type="checkbox"/> 組合																

※振込先金融機関の欄には必ずご記入下さい。

- 請求の際、領収書の添付が必要です。
- 自己負担分が3,000円を下回る場合は、その自己負担分を補助します。
- ※保険適用の場合は補助の対象外となります。

受付日付印

支払額