（保健第１号様式）

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（自署）

人間ドッグ・脳ドッグ・ＰＥＴがんドック

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

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 ※対象を○で囲ってください	人間ドッグ・脳ドッグ・PET	人間ドッグ・脳ドッグ・PET
受検費用額	円	円

注意事項

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します。

２）助成金申請期限は、受診日の属する年度の翌年度５月１０日必着とします。
例：令和８年４月１日～令和９年３月３１日受診分は令和９年５月１０日まで

３）医療機関が発行する領収書の写しを添付してください。

振込先口座（医師組合員名義のみ）

※原則、保険料引き落とし口座への振込となります。（その場合記入不要）

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	

Ver.24.04.25