

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がんドッグ

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) 人間ドッグ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6年4月1日～令和7年3月31日受診分は令和7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	No. (普通・当座)	フリガナ	
		口座名義	