

常務理事	事務長	課長	係長	担当者	補助金額
					円 名 円
					× =

C E A 検査事後申請書

令和 年 月 日

千葉県トラック健康保険組合理事長 殿

名 称
 事業所
 所在地
 代表者
 申請者氏名

実施医療機関名							
受診年月日		令和 年 月 日					
支払先 金融機関	銀行 本店 信用金庫 信用組合 農 協 支店			普通・当座	口座名義人		
				口座番号	フリガナ.....		
受診者	記号	番号	本・家区分	氏名	性別	年齢	
			本人・家族				
			本人・家族				
			本人・家族				
			本人・家族				
			本人・家族				
			本人・家族				
			本人・家族				

- ※①太枠内をご記入下さい。
 ②支払先金融機関「普通・当座」欄、受診者「本・家区分」欄は該当するところを○で囲んで下さい。
 ③医療機関の発行した請求書及び結果表（全て写し）を添付して下さい。
 ④裏面に利用要領を記載しております。ご確認の上、申請下さい。

受付印	受付番号

C E A 検査利用要領

〒275-0024
習志野市茜浜1-10-2
千葉県トラック健康保険組合
TEL 047 (452) 6661

ご利用を希望されるときは下記要領にて取り扱い致します。

記

- ① 被保険者及び被扶養者で、特定健診(40歳以上)受診時にオプション検査として受けた方が対象です。
※治療に関するガン検査については補助の対象外です。
- ② 結果表・請求書(すべて写)を申請用紙に添付の上、当組合宛申請を行って下さい。
- ③ 申請受理後、資格及び必要書類等を確認後、指定口座へお振り込み致します。
- ④ 当組合補助金額は、上限 1,500 円です。

※消費税については別税となります。

※検査費用が上限未満の場合は実費をお振り込み致します。

- 注) 1. 補助は年度内1回となります。
2. 補助金申請は健診受診後3ヶ月以内に行ってください。