健保決済	部長	課長	確認	電算入力

被扶養者　胸部低線量ＣＴ（肺がん）検診請求書

別紙一覧表のとおり被扶養者胸部低線量ＣＴ（肺がん）検診を実施したので、検診料を請求します。

年　　月　　日

2

病　院　名　　㊞

実　施　月　　月　　日　～　　月　　日

1

実　施　人　数　　名

請　求　検　診　料　　円

検診内容内訳	実施数	保険証記号	実施事業所名	事業所実施人数	事業所検診料
	1			名	円
	2			名	円
	3			名	円
	4			名	円
	5			名	円
	6			名	円
	7			名	円
	8			名	円
	9			名	円
	10			名	円

補助金決定額
￥ 内訳
送金年月日

※　注意事項

1.請求する時は必ず被扶養者胸部低線量ＣＴ検診受診者名簿と受診者データを添付してください。
2.名簿には保険証記号番号の記載漏れがないようにお願いします。

長野県農業協同組合健康保険組合理事長　殿