

## 鳥取県医師国民健康保険組合 人間ドック（がん検診）費用請求書

被保険者証 番 号		受診者名		生年 月日	年 月 日
受診日	年 月 日	実 施 医療機関	所在地		
			機関名		

請求金額 \_\_\_\_\_円

上記のとおり 請求します。

年 月 日

〔申請者〕 干  
住 所  
氏 名

鳥取県医師国民健康保険組合理事長 殿

### 実施した各種検診の種類（該当するものがある場合に○をしてください。）

検 査 項 目		○印
胃がん	胃内視鏡検査	
	胃部エックス線検査	
子宮頸がん	視診、子宮頸部の細胞診及び内診	
肺がん	胸部エックス線検査	
	胸部エックス線検査及び喀痰細胞診	
乳がん	「乳房エックス線検査」もしくは 「視触診及び乳房エックス線検査」	
大腸がん	便潜血検査	
その他	( )	

下記指定の預金口座へ振込願います。

銀 行  
\_\_\_\_\_信用金庫 \_\_\_\_\_支店 口座番号 \_\_\_\_\_  
普通・当座 フリカナ  
口座名義

（注）市町村の検診を利用する場合は、自己負担分の補助となります。  
領収書のコピーを添付してください。