

受 付	支 払

決議 年 月 日		
常務理事	事務長	担当者

支給金額	円
(算出基礎)	

所属部署名 _____

被保険者証 記号 番号 _____

被保険者氏名 _____ (印)

日中の連絡先(TEL) — —

が ん 検 診 補 助 金 申 請 書

受 診 者	氏 名		生 年 月 日		被保険者 ・ 被扶養者
			昭和 平成	年 月 日 (歳)	
受 診 項 目			料 金	受 診 日	
1. 胃 がん 検 診 (胃部X線検査・胃カメラ)			円	平成 年 月 日	
2. 大腸がん検診 (便潜血反応検査)			円	平成 年 月 日	
3. 子宮頸がん検診 (子宮頸部細胞診)			円	平成 年 月 日	
4. 乳 がん 検 診 (視触診・マンモグラフィ・ 乳房超音波《エコー》)			円	平成 年 月 日	
合 計			円	※領収書の原本を添付(レシート不可)	
振 込 先	金融機関名	店舗名	口座種別	口座番号	名義(被保険者)
			普通預金		カガナ
注 意 事 項	<ul style="list-style-type: none"> ・①受診者氏名の宛名、②検診名、③それぞれの金額、④受診日、⑤受診機関の印がある領収書の原本(レシート不可)を添付してください。 ・「人間ドック」のオプションとして受けた「がん検診」や、保険証を使って診療として受けた「がん検査」は対象外となります。 ・被保険者と被扶養者では補助内容が異なりますので、詳しくは当組合ホームページをご覧ください。 ・対象年齢は、年度内(4月1日～翌年3月31日)に到達する年齢です。 ・4月1日～翌年3月31日受診分の申請受付は翌年4月10日までです。 ※検診によって受診日が異なる場合は、1年度分をまとめて申請ください。 ・領収書に不備がある場合は、返却させていただくことがありますのでご了承ください。 				