

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)		

健保記入欄

所属部署名 ○○○○○○

被保険者証 記号 ○○ 番号 ○○○○○○

被保険者氏名 **健保 太郎** ⑩

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
	健保 花子		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)
	△△銀行	△△支店	普通預金	△△△△△△△	カガナ ケンポ タロウ 健保 太郎
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。 				