

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

社員番号 ○○○○○○○○

所属部署名 ○○○○○○○○

被保険者証 記号 ○○ 番号 ○○○○○○

被保険者氏名 健保 太郎

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		○○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	○○年 ○○月 ○○日	
2. 大腸がん検診 (便潜血反応検査)			円	年 月 日	
3. 子宮頸がん検診 (子宮頸部細胞診)			円	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	○○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	①受診者氏名の宛名 ②検診名とそれぞれの金額 ③受診日 ④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。 ※領収証に不備がある場合は結果票の写しをご提出いただく場合もあります。 - 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。				