

がん検診補助金交付申請書

常務理事	事務長	事務長補佐	担当

受診日に当組合の資格がある方で、各検診の対象年齢以上の方が申請できます。(年度につき1人1回まで。)
受診後、早めのご提出にご協力お願いいたします。(期限を過ぎた場合、受理することができません。)

被 保 険 者 情 報	被保険者記号番号 または 職員ID	記号	番号	生年月日	昭和 平成 年 月 日	性別	男 女									
	氏名(自署)	フリガナ														
	住所 電話番号	〒 日中連絡のとれる電話番号： () 内線番号()														
	金融機関名称	銀行・金庫・信組・農協				本店・支店・出張所										
	口座名義 (カタカナ)				店 番 号		預 金 種 別	普 通 座 別 段	口 座 番 号							

※振込先は被保険者名義の口座に限らせていただきます。口座名は金融機関の届出の通りに記入してください。

受 診 者 情 報	受診者氏名	フリガナ	生年月日	昭和 平成 年 月 日	被保険者 被扶養者の別	被保険者 被扶養者
	検診受診日	令和 年 月 日	検診を受けた医 療機関名称			
	検診の種類(受けた検診の□にチェックを入れる)			対象年齢	補助限度額	支給金額(健保記入欄)
	□①胃がん検診			25歳以上	11,000円	円
	□②乳がん検診 (乳腺超音波/マンモグラフィー)			女性25歳以上	6,600円	円
	□③子宮頸がん検診 (細胞診(膣脂膏顕微鏡検査)コルポスコピー)			女性20歳以上	5,500円	円
□④前立腺がん検診			男性50歳以上	3,300円	円	

【添付書類】
がん検診結果表のコピー、領収書(原本)

【補助限度額】
1年度1回まで上記検診ごとに記載された額とします。(実費額が補助限度額よりも下回る場合は、実費が上限となります。)
なお、健康保険を使用して実施したもの(治療行為として行ったもの)・文書料は補助対象外です。

【注意事項】
被保険者の方で、事業所で行う巡回健診で上記がん検診を受けた場合は重複して申請ができません。
被扶養者(女性)の方で、全国巡回健診で上記がん検診を受けた場合は重複して申請ができません。
今年度の途中に任意継続被保険者になられた方で、在職中に今年度の補助金交付をされている場合は補助の対象になりません。

受付年月日

【提出先】
在職中の方は、人事部経由で申請してください。
任意継続被保険者の方は、直接当組合へ申請してください。

【問い合わせ先】
当組合ホームページ『お問い合わせ』にてご確認ください。

検 索

がん研健保