

# がん検診補助金交付申請書

**黒のボールペンで記入してください。**  
**(鉛筆・消えるボールペンは不可です)**

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	被保険者証の記号	10	番号	678910	生年月日	昭和 平成 60 年 9 月 20 日	性別	男 女	
	氏名(自署)	フリガナ ケンポ ハナコ 健保 花子							
	住所電話番号	〒 102-0083 東京都千代田区麹町○-△-□ 日中連絡のとれる電話番号: 080 ( ○○○○ □□□□ 内線番号( 2222 )							
	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)	ケンポ ハナコ		店番号	2 2 2	預金種別	普通 当座 別段	口座番号	9 8 7 6 5 4 3

※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 ケンポ ハナコ 健保 花子		生年月日	昭和 平成 60 年 9 月 20 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 △ 5 21 年 月 日	検診を受けた医療機関名称	□□□健診センター				
	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)			
	<input type="checkbox"/> ①胃がん検診		25歳以上	11,000円	この欄は 記入しないでください。			
	<input type="checkbox"/> 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				
<input checked="" type="checkbox"/> ③子宮頸がん検診 (細胞診(膣脂膏顕微鏡検査)コルポスコーピー)		女性20歳以上	5,500円					
<input type="checkbox"/> ④前立腺がん検診		男性50歳以上	3,300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できません。  
今年度の途中で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