

常務理事	事務長	担当
支給額	円	

志村化工健康保険組合 理事長 殿

## がん検診費用補助金支給申請書

健康保険組合受付印

申請者記入欄

申請日	令和 年 月 日
被保険者氏名	印
保険証記号番号	—
所属事業所	
所属部署	

※署名の場合、押印は不要です。

下記のとおり、がん検診を受診しましたので、それを証明する領収書を添えて補助金の支給を申請します。

記

受診者氏名	続柄	被保険者本人 被扶養者 (いずれかに○印)	年齢	満 歳

  

受診医療機関等	検査受診日	がん検診の種類	検診費用	補助金額
	令和 年 月 日		円	検診費用の合計額が10,000円未満の場合はその合計額が、10,000円以上の場合は10,000円が補助金額となります。
	令和 年 月 日		円	
	令和 年 月 日		円	
	令和 年 月 日		円	
	令和 年 月 日		円	
合計			円	円

以上

(ご注意)

1. 被保険者とその被扶養者のいずれもが受診した場合は、各々別の申請書を作成してください。
2. 対象となる検診は下表の検診に限ります。

検診種類	検査項目
胃がん検診	・胃部エックス線検査 ・胃内視鏡検査 ・胃がんリスク検査(ABC、ヒ <sup>+</sup> ロ菌)
子宮がん検診	・視診、子宮頸部の細胞診および内診
肺がん検診	・胸部エックス線検査および喀痰細胞診 ・低線量(ヘリカル)CT検査
乳がん検診	・視診、触診および乳房エックス線検査(マンモグラフィ) ・視診、触診および乳房超音波検査
大腸がん検診	・便潜血検査 ・大腸内視鏡検査 ・バリウム注腸検査
前立腺がん	・腫瘍マーカー(PSA)検査
肝がん、卵巣がん、甲状腺がん	・超音波(エコー)検査
PET検査	・陽電子放射断層撮影法

3. この申請書に添付する領収書は原本とし、受診した検査の種類と検査項目が明記され、対象となる検診であることが明確なものに限ります。
4. 保険診療(病気として検査)で受診された場合は、保険給付(7割健保負担)をすでに受けておりますので、補助金申請の対象とはなりません。
5. 補助金の支給について、被保険者分・被扶養者分は事業所にまとめてお支払いします。任意継続被保険者とその被扶養者分は個別に健康保険組合からお支払いします。