

常務理事	事務長	係
年 月 日		

- 子宮がん・乳がん健診 規程-30
- 一般がん健診 補助金請求書 規程-31
- 前立腺がん健診 規程-29

被保険者事業所名					
保険証記号番号		被保険者氏名			
受診者氏名		続柄	生年月日	年齢	

<健診内容>

子宮がん・乳がん健診		一般がん健診		前立腺がん健診	
補助金上限	子宮がん5000円 乳がん5000円	補助金上限	3000円	補助金上限	1500円
(対象者) 20歳以上 被保険者・被扶養者		(対象者) 35歳以上 被扶養者・任意継続被保険者		(対象者) 50歳以上 被扶養者・任意継続被保険者	
健診種別	自己負担金	健診種別	自己負担金	健診種別	自己負担金
子宮がん	円	胃部X線	円	PSA(前立腺がん)	円
乳がん	円	胸部X線	円		
		大腸がん	円		
合計	円	合計	円	合計	円
※補助金額 (組合記入欄)	円	※補助金額 (組合記入欄)	円	※補助金額 (組合記入欄)	円

- 注) ※ 健診の補助金は年度(4月～翌年3月)1回です。
 ※ 健康保険証を使用して受けた健診費用は対象外です。
 ※ 健診費用は各自立替えの上、交付された領収書原本(健診内容が記載されたもの)を添付の上ご請求下さい。
 ※ 補助金は健診受診後3ヶ月以内に申請下さい。
 ※ 市町村で健診補助があった場合は、自己負担のみ補助金の対象とします。

(事業所所属の方) 委任状	表記請求金額の受領を_____に委任する。 年 月 日 被保険者氏名
(任意継続の方) 領収書	上記請求金額正に領収いたしました。 年 月 日 被保険者氏名

※押印を省略する場合、事業主が以下の内容を確認し、確認欄にチェックして下さい。

確認欄	この届出については、①または②の要件を満たしたものである。
<input type="checkbox"/>	①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

《領収書貼り付け用紙》

※領収書がA4以下の場合はこの用紙に貼り付けて下さい。