

がん検診補助金申請書  
(大腸がん・前立腺がん・乳がん・子宮がん)

※対象：被保険者、被扶養者

事業所	健保		
担当	担当	事務長	常務理事

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	提出日	令和 ×× 年 ×× 月 ×× 日	<input checked="" type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は)			
	被保険者証等の 記号 - 番号	被保険者の所属・氏名		受診者の氏名		
	6××× - ××××	(フリガナ) ヤスカワ ケイコ	(フリガナ) ヤスカワ ケイコ	安川 恵子		
		東総 安川 恵子	安川 恵子			
	受診者の生年月日 及び年齢	昭和 平成 ×× 年 ×× 月 ×× 日	年齢	×× 歳	続柄	本人
	受診日	令和 ×× 年 ×× 月 ×× 日				
	受診医療機関 (病院名)	△△記念病院				
	検診費用総額	12,000 円				
	検査項目内訳	大腸がん (便潜血2回法)	前立腺がん検診 (PSA検査)	乳がん検診 (超音波・マンモグラフィ)	子宮がん検診 (子宮頸部細胞診)	
	年齢基準	本人：40歳以上 家族：対象外	本人：40歳以上 家族：50歳以上	本人：制限なし 家族：35歳以上	本人：制限なし 家族：35歳以上	
補助金限度額	本人：2,000円 家族：---	本人：2,000円 家族：2,000円	本人：全額 家族：5,000円	本人：全額 家族：3,000円		
医療機関への 支払額	円	円	8,000 円	4,000 円		
添付書類チェック欄	<input checked="" type="checkbox"/> 明細付領収書(原紙)					
受取代理人の欄	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人(事業所の事業主)に委任します。					
	受取方法	代理人				
	<input checked="" type="checkbox"/> 給与振込	(事業所名)	(株)安川電機 または (YE)			
健 保 記 入 欄	補助金計算内訳	大腸がん	前立腺がん検診	乳がん検診	子宮がん検診	
		円	円	円	円	
	補助金決定額	( ) 円				

※太枠の中をご記入ください。

<ご注意>

- ① 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。
- ② 検診費用が補助金限度額内の場合は、実費を補助金として支払います。
- ③ 人間ドックと同時受診した場合は、この補助金申請はできません。
- ④ 補助金の支払は、毎月10日までに(健保)に到着した申請書を取りまとめ、翌月支給の給与に「保険給付」として支払います。  
(任意継続被保険者の方は、末日までに登録されている指定口座に振り込みます。)
- ⑤ 「給付金支払明細」は「MY HEALTH WEB」にてご確認ください。

支払印