

支給決議書			支給額		円
常務理事	事務長	係	資格取得	昭和・平成	年 月 日
			資格喪失	平成	年 月 日
			備考		

※上記は記入しないで下さい

## 自治体(市区町村)がん検診費用補助申請書

平成XX年 10月 7日申請

日本無線健康保険組合 常務理事殿

被保険者名		健保 太郎 (印)		被保険者証	記号 1010	番号 25252
受診者名	続柄	受診日	検診名	金額	健保使用 *記入しないで ください	
1	健保 太郎	本人	平成XX年 6月 5日	三鷹市胃がん検診	1,000	円
2	健保 花子	妻	平成XX年 8月 13日	三鷹市乳がん検診	1,200	円
3		平成 年 月 日			円	円
4		平成 年 月 日			円	円
5		平成 年 月 日			円	円
6		平成 年 月 日			円	円
7		平成 年 月 日			円	円
8		平成 年 月 日			円	円
9		平成 年 月 日			円	円
10		平成 年 月 日			円	円
11		平成 年 月 日			円	円
合計						円

### <注意事項>

#### 1. 補助の対象

- 受診した日に20歳以上の当健康保険組合の加入者であること
- 当該年度4月1日から12月31日までに受診したもの
- 市区町村が実施するがん検診(個人で受診したがん検診、保険診療は対象外)

#### 2. 領収書(コピー不可)の原紙と検診結果(写し)を添付してください。

#### 3. 領収書は一人につき一枚ずつ①、②、③、④、⑤全て必要です。次の項目を明記してもらってください。

- 受診者氏名(フルネーム)
- 受診年月日
- 市区町村名、がん検診項目名
- 領収金額
- 医療機関名と印

#### 4. 被保険者単位で年度内 1 回限りの申請となります。被保険者・被扶養者をまとめて申請してください。2回目以降の申請は、受理できませんのでご注意ください。

#### 5. 補助金は、会社を経由してお支払いします。そのため、請求は会社経由です。この申請書は、各所属担当者

#### 6. 申請期限は当該年度1月31日(健保組合必着)です。