

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・令和	年 月 日
			資格喪失	令和	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

令和 X 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 99999
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	令和 X 年 6 月 5 日	〇〇市胃がん検診	1,000 円	円
2	健保 花子	妻	令和 X 年 8 月 13 日	〇〇市胃がん検診	1,200 円	円
3			令和 年 月 日		円	円
4			令和 年 月 日		円	円
5			令和 年 月 日		円	円
6			令和 年 月 日		円	円
7			令和 年 月 日		円	円
8			令和 年 月 日		円	円
9			令和 年 月 日		円	円
10			令和 年 月 日		円	円
11			令和 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。