

被保険者・被扶養者
任継(被保険者・被扶養者)用

※市区町村が実施するがん検診に限る

所属部署名

被保険者証 記号 番号

被保険者氏名 ㊞

決議 年 月 日

常務理事	事務長	担当者

支給金額	円
(算出基礎)	

がん検診補助金申請書

受診者	氏名		生年月日		続柄
			昭和 平成	年 月 日 (才)	
受診機関	実施市区町村名		受診機関名		
	市・区・町・村				
受診項目		料金	受診日		
1. 胃がん検診 (胃部X線検査)			平成	年 月 日	
2. 大腸がん検診 (便潜血反応検査)			平成	年 月 日	
3. 子宮頸がん検診 (子宮頸部細胞診)			平成	年 月 日	
4. 乳がん検診 (視触診・マンモグラフィ)			平成	年 月 日	
所要経費	円 ※領収書の原本を添付				
振込先 ※ゆうちょ不可	金融機関名	店舗名	口座種別	口座番号	名義 (被保険者)
			普通預金		ﾌﾘｶﾞﾅ
注意事項	<ul style="list-style-type: none">・対象年齢は、年度内 (4月1日～翌年3月31日) に到達する年齢です (申請受付は翌年4月10日まで)・年度内に1回申請できます (子宮頸がん・乳がん検診は2年度に1回)・がん検診料の実費分5,000円まで補助をします (複数の検診を組み合わせても可)・添付する領収書は原本で、受診者氏名、がん検診名とそれぞれの金額、受診機関の印があるもの (レシートは不可のため、受診機関から領収書をいただってください)・医療機関で受診された場合は、市区町村の検診とわかるように領収書に但書をいただってください (例：〇〇市がん検診料として等)・「人間ドック」のオプションとして受けた「がん検診」や、保険証を使い治療費が含まれているものは対象外となります・領収書に不備がある場合は、返却させていただくことがありますのでご注意ください				