

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 X 月 XX 日申請

日本無線健康保険組合 御中

*被保険者等記号・番号が不明の場合は、①資格情報のお知らせ、②マイナポータル、③資格確認書(R7.12.1 までは健康保険証)、④事業所の健康保険担当部門(担当者)のいずれかでご確認ください。

被保険者名		健保 太郎		*被保険者等記号・番号	記号 1010	番号 9999
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	2,000	円
2	健保 花子	妻	令和X年9月7日	〇〇市乳がん検診	1,500	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
合計						円

<注意事項>

1. 補助の対象

- ① 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
- ② 当該年度4月1日から12月31日までに受診したもの
- ③ 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。

- ① 受診者氏名(フルネーム)
- ② 受診年月日
- ③ 市区町村名、がん検診項目名
- ④ 領収金額
- ⑤ 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、各所属担当者に提出してください。

6. 申請期限は当該年度1月31日(健康保険組合必着)です。