

家族がん検診補助金申請書

※保険証を使ったものは対象となりません

【被保険者について】

保険証記号番号	-	被保険者名	
---------	---	-------	--

【検診者について】

(ふりがな) 検診者名		性別	男 ・ 女
		続柄	
検診者生年月日	年 月 日	年齢	歳
住所	〒		

【検診内容について】・・・該当する枠に○をつけて下さい

<input type="checkbox"/>	子宮がん	<input type="checkbox"/>	乳がん	<input type="checkbox"/>	大腸がん
<input type="checkbox"/>	肺がん	<input type="checkbox"/>	胃がん	<input type="checkbox"/>	前立腺がん

【受診機関について】・・・自治体主催分を含め、任意の機関で受診したもの全て申請できます

受診機関	<名称>		
	<住所>		
受診日	年 月 日	検診費用	円

上記利用につき領収書を添えて申請します。

年 月 日

被保険者名 _____ 印 _____

- ※ ①補助金申請に際しては、必ず検診内容の記載された検診者ご本人のフルネームがわかる領収書(正本)を添付して下さい。
- ②20歳～39歳は子宮がん・乳がんに限定 各5,000円を上限に補助
- ③40歳以上は子宮がん・乳がん・大腸がん・肺がん・胃がん・前立腺がん等について
お一人様 年度内5,000円を上限に補助