

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	000 - 0000	被保険者名	健保 太郎
---------	------------	-------	-------

【検診者について】

(ふりがな)	けんぼ はなこ	性別	男 ・ <input checked="" type="radio"/> 女
検診者名	健保 花子	続柄	妻
検診者生年月日	年 〇〇 月 〇〇 日	年齢	〇〇 歳
住所	〒 000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町1-1		

【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 checked="" 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>	〇〇〇〇病院		
	<住所>	〇〇県〇〇市〇〇町1-2		
受診日	年 〇〇 月 〇〇 日	検診費用	〇,〇〇〇 円	

上記利用につき領収書を添えて申請します。

年 〇〇 月 〇〇 日

被保険者名 油研 太郎 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