

# がん検診補助金申請書

※保険適用を受けた検査は対象となりません。

## 【被保険者について】

被保険者 記号・番号	-	被保険者 氏名	
---------------	---	------------	--

## 【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】

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・検診者ご本人のフルネームが記載された領収書(原本)を添付してください。
- ②20歳～39歳の女性は子宮がん・乳がんに限定、各5,000円(各1回)を上限に補助。  
被保険者は人間ドック受診時のオプション、単独での受診は問わず、各5,000円(各1回)を上限に補助。
- ③40歳以上の男性被保険者は前立腺がん腫瘍マーカーに限定、5,000円を上限に補助。  
ただし、人間ドックの標準検査項目になっている場合は補助対象外。
- ④40歳以上の女性被保険者は人間ドック受診時のオプションが対象。子宮がん・乳がんに限定、5,000円(1回のみ)を上限に補助。
- ⑤40歳以上の被扶養者は子宮がん・乳がん・大腸がん・肺がん・胃がん・前立腺がんにお一人様年度内 5,000円を上限に補助。