

# 家族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)			性別	男 ・ 女	
検診者名			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検診は全て申請できます。

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・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歳は子宮がん・乳がんに限定 各5,000円(各1回)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