

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	000 - 0000	被保険者 氏名	健 保 花 子
---------------	------------	------------	---------

【検診者について】

(ふりがな)	けんぼ はなこ	性別	男 ・ 女
検診者名	健 保 花 子	続柄	本人
検診者生年月日	年 〇〇 月 〇〇 日	年齢	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="radio"/>	子宮がん	<input checked="" type="radio"/>	乳がん	<input type="radio"/>	大腸がん
<input type="radio"/>	肺がん	<input type="radio"/>	胃がん	<input type="radio"/>	前立腺がん

【受診機関について】

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 健 保 花 子

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。