

事務長	係員

がん検診補助支給申請書

【組合員氏名】		被保険者証 記号・番号	井薬 - - (枝番)
【受診者氏名】		組合員との続柄	本人 ・ 家族
【生年月日】		性別	男 ・ 女
【補助対象】	項目 (○を記入)	対象者	検査方法 ※自費での検査に限ります。(保険内検査は対象外)
	胃がん1	【50歳以上】	胃内視鏡検査
	胃がん2	【40歳以上】	胃部エックス線検査(バリウム)
	大腸がん	【40歳以上】	便潜血検査
	肺がん1	【40歳以上】	胸部エックス線検査
	肺がん2	【40歳以上】	胸部エックス線検査及び喀痰細胞診
	乳がん	【40歳以上】	「乳房エックス線検査」(マンモグラフィ) もしくは「視触診及び乳房エックス線検査」
子宮頸がん	【20歳以上】	視診、子宮頸部の細胞診及び内診	
【受診年月日】	令和 年 月	【がん検診費用】	円
【受診機関名】		【担当医師名】	
【所在地】			
【振込先】	銀行・信金		支店 / 普通・当座
	口座番号		フリガナ 口座名義人
※上記のとおり検診を受けたので下記関係書類を添えて申請します。 <申請日> 令和 年 月 日 <住所> = <組合員氏名> <TEL> () -			
※補助支給決定額		計	円

《関係書類》

領収書原本(がん検診の内訳・金額が明記されたもの)

健診結果データ(写)

※40歳以上 問診票(人間ドックと併用の場合1部のみ提出)

※ 以上3点をご確認いただきご送付願います。

<がん検診補助金について>

- 1、補助の対象者は、当組合加入者のみです。
- 2、補助申請の時点で喪失された方は、補助の対象外となりますのでご了承下さい。
- 3、当組合加入者のがん検診に対して、費用の半額を支給致します。

【上限10,000円迄】。

<個人情報につきましては、本事業以外に使用することはございません。>