

事務長	係員

がん検診補助支給申請書

◆人間ドック補助申請との併用は不可と致します。◆

【組合員氏名】			被保険者 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せん。(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

※ 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。>