

常務理事	課長	担当

令和 年 月 日

がん検診補助金申請書

会社名		事業所名		部署名	
記号・番号				電話番号 (内線・外線・携帯)	
被保険者の氏名					
受診者の氏名		検診時の年齢		続柄	○本人・長男等 ×子・配偶者
検診種別	・イーウェル施設健診 ・イーウェル巡回健診 ・市区町村 検診 ・会社の定期健康診断 (KKC 他) ・それ以外 ()				
検診機関名称 <small>※実施場所ではなく医療機関名等を入力</small>		検診日	令和 年 月 日		
がん検診対象金額	円 ※ 左記の対象金額に入れてはいけない料金 ① 払込/振込手数料等 ② 補助の対象ではない検査				
検診項目	・胃がん ・肺がん ・大腸がん ・前立腺がん ・乳がん ・子宮がん ・腹部エコー ・アミノインデックス ・HPV ・ピロリ菌 ・PET				

在職中の補助金受領に関する同意	以下の□にチェック✓を入れて下さい。(任意継続者：記号9990はチェック不要) <input type="checkbox"/> 在職中、補助金は事業所経由で受領することに同意します。
-----------------	---

【添付書類】：領収書の原本 (本紙の裏に印字面を上にして重ならないように糊付けして下さい)

- ・領収書には、**受診者名・検診項目・検診施設名** が書かれていることを確認して下さい。
- ・領収書に検診項目が書かれていない場合は、**検診項目が分かるもの**を添付して下さい。

例) 検診結果コピー 又は 請求明細 (イーウェル巡回の場合) 又は
領収書に市区町村検診と書かれている場合、市区町村のホームページ上のがん検診項目別料金表等。

退職後に請求する場合に記入 (任意継続者：記号9990は記入不要)

金融機関・支店コード		預金種目	普通	フリガナ	
金融機関名	支店	口座番号		名義	

【注意事項】 ゆうちょ銀行を指定した場合は通帳のコピーを必ず添付して下さい (店名、店番、預金種目、口座番号が書いてあるページ)

【健保記入欄】 (Excel版は補助金額等が表示されますが、そのままご提出下さい。)

支給額	円	支給日	令和 年 月 日
各種がん検診	検診にかかった費用の上限10,000円までを補助		

- 【支給要件・注意事項】**
- ① 検査日に有資格者(被保険者/被扶養者)であること。年齢制限はありません。
 - ② 申請は年度内一人1回です。
 - ③ 申請の期限は、年度内(4/1~3/31) **健保組合必着**です。
◆申請の期限に間に合わない場合は、あらかじめご連絡下さい。
 - ④ 年度内に複数回受診する場合は、領収書をまとめて、1枚の用紙で申請して下さい。
 - ⑤ 保険診療(保険証使用時)の場合は、補助金対象外です。
 - ⑥ 検査にかかった費用の上限1万円まで補助します。
 - ⑦ 申請書の裏面に領収書が収まらない場合は、別紙に印字面を上糊付けして、添付して下さい。
 - ⑧ LOX-index検査は、脳血管系疾患等検査補助金にて申請して下さい。
領収書原本→がん検診補助金申請書に添付
領収書コピー→脳血管系疾患等検査補助金申請書に添付

発信者印	発信者印

令和5年度 受診用

常務理事	事務長	担当

令和 年 月 日

がん検診補助金申請書（～R6.3.31受診用）

会社名				事業所名				部署名			
記号・番号								電話番号 (内線・外線・携帯)			
被保険者の氏名											
受診者の氏名						検診時の 年齢			続柄	○本人・長男等 ×子・配偶者	
検診種別	<ul style="list-style-type: none"> ・ イーウェル施設健診 ・ イーウェル巡回健診 ・ 市区町村 検診 ・ 会社の定期健康診断 (KKC 他) ・ それ以外 () 										
検診機関名称 <small>※実施場所ではなく 医療機関名等を記入</small>						検診日	令和	年	月	日	
がん検診対象金額	円 ※ 左記の対象金額に入れてはいけない料金 ① 払込/振込手数料等 ② 補助の対象ではない検査										
検診項目	<ul style="list-style-type: none"> ・ 胃がん ・ 肺がん ・ 大腸がん ・ 前立腺がん ・ 乳がん ・ 子宮がん ・ 腹部エコー ・ アミノインデックス ・ HPV ・ ピロリ菌 ・ PET 										

在職中の補助金受領に関する同意	以下の□にチェック✓を入れて下さい。(任意継続者：記号9990はチェック不要) <input type="checkbox"/> 在職中、補助金は事業所経由で受領することに同意します。
-----------------	---

【添付書類】：領収書の原本（本紙の裏に印字面を上にして重ならないように糊付けして下さい）

- ・ 領収書には、**受診者名・検診項目・検診施設名** が書かれていることを確認して下さい。
- ・ 領収書に検診項目が書かれていない場合は、**検診項目が分かるものを添付**して下さい。

例) 検診結果コピー 又は 請求明細（イーウェル巡回の場合）又は
領収書に市区町村検診と書かれている場合、市区町村のホームページ上のがん検診項目別料金表等。

退職後に請求する場合に記入（任意継続者：記号9990は記入不要）

金融機関・支店コード						預金種目	普通	フリガナ	
金融機関名				支店		口座番号		名義	

【注意事項】 ゆうちょ銀行を指定した場合は通帳のコピーを必ず添付して下さい（店名、店番、預金種目、口座番号が書いてあるページ）

【健保記入欄】 (Excel版は補助金額等が表示されますが、そのままご提出下さい。)

支給額	円	支給日	令和	年	月	日
各種がん検診	検診にかかった費用の上限10,000円までを補助					

- 【支給要件・注意事項】**
- ① 検査日に有資格者(被保険者/被扶養者)であること。年齢制限はありません。
 - ② 申請は年度内一人1回です。
 - ③ 補助金申請の申請期限は、検診日から1年間です。(健保組合受付日を基準とする)
 - ④ 年度内に複数回受診する場合は、領収書をまとめて、1枚の用紙で申請して下さい。
 - ⑤ 保険診療(保険証使用時)の場合は、補助金対象外です。
 - ⑥ 検査にかかった費用の上限1万円まで補助します。
 - ⑦ 申請書の裏面に領収書が収まらない場合は、別紙に印字面を上糊付けして、添付して下さい。
 - ⑧ LOX-index検査は、脳血管系疾患等検査補助金にて申請して下さい。
領収書原本→がん検診補助金申請書に添付
領収書コピー→脳血管系疾患等検査補助金申請書に添付

発信者印	発信者印