

「家族がん検診助成金申請書」

健保組合使用欄		年度 No.		
決裁	常務理事	事務長	課長	担当

静岡県自動車販売健康保険組合理事長 殿

本年度、下記のとおり「がん検診」を受診したため、助成金を申請します。

申請日 年 月 日

記号	事業所名			
番号				
受診者氏名	受診者生年月日	昭和・平成 年 月 日(歳)	被保険者との続柄	
検診名	検診機関名	受診日	負担した金額	添付書類チェック
子宮頸がん		年 月 日	円	<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 診療明細書
乳がん (マンモグラフィ)		年 月 日	円	<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 診療明細書
大腸がん		年 月 日	円	<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 診療明細書
		助成金交付額	健保組合記入欄 円	
※ 被保険者の 指定口座に お振込み します。	銀行名	銀行	支店名	支店
	種別	普通・当座	口座番号	
	フリガナ			
	※ 口座名義			

※振込口座は、被扶養者の方の口座登録ができないため、被保険者の方の指定口座をご記入ください。

- 対象年齢 … 子宮頸がん (22歳以上の偶数年齢)、乳がん (40歳以上の偶数年齢)、大腸がん (40歳以上)
- 助成金額 … 子宮頸がん (上限1人2,000円)、乳がん (上限1人2,000円)、大腸がん (上限1人1,000円)

- 【注】・支払い済みの領収書、又はそれに相当する証明書を添付してください。
- ・添付する領収書は、受診者氏名・受診日・検診名・検診機関名・領収印の明確な原本が必要です。
 - ・領収書に検診名の記載がない場合は、検診名の記載のある診療報酬明細書等を添付してください。
 - ・保険診療で受診した場合は、保険給付(7割相当)を既に受けていますので、対象外となります。
 - ・人間ドック基本検査項目に含まれる場合や、市町村補助等により自己負担のない場合も対象外です。
 - ・大腸がん検診の補助は、この申請または松田病院(健保経由)で行う検診のいずれか一方となります。
 - ・被保険者の方のがん検診助成金の申請は、事業所を通じての手続きとなります。