

「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<br>生年月日 | 昭和・平成<br>年 月 日 ( 歳 ) | 被保険者<br>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<br>チェック                                                   |
| 子宮頸がん                               |           | 年 月 日   |             | 円                    |              | <input type="checkbox"/> 領収書<br><input type="checkbox"/> 診療明細書 |
| 乳がん<br>(マンモグラフィ)                    |           | 年 月 日   |             | 円                    |              | <input type="checkbox"/> 領収書<br><input type="checkbox"/> 診療明細書 |
| 大腸がん                                |           | 年 月 日   |             | 円                    |              | <input type="checkbox"/> 領収書<br><input type="checkbox"/> 診療明細書 |
|                                     |           |         | 助成金交付額      | 健保組合記入欄<br>円         |              |                                                                |
| ※<br>被保険者の<br>指定口座に<br>お振込み<br>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      |         |             |                      |              |                                                                |
|                                     | ※<br>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2千円）、乳がん（上限1人2千円）、大腸がん（上限1人1千円）

【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。