

常務理事	事務長	担当

40歳以上被扶養者 がん検診補助金申請書

被 保 険 者 情 報	被保険者証等	記号 ○○○	番号 ○○○○○	生年月日 ○○年 ○月 ○日
	フリガナ	トウキョウ テツオ		
	氏名	東京 鉄男		
	住所	〒○○○-○○○ ○○県○○市○○○○○1-2-3		
電話番号	TEL 000-000-0000			

以下の通り申請いたします。

被 扶 養 者 申 請 内 容	フリガナ	トウキョウ ハナコ		
	氏名	東京 花子		
	生年月日	○○年○○月○○日	受診した市区町村名	○○市
受 取 方 法	申請項目	<input checked="" type="checkbox"/> 胃がん（バリウム） <input checked="" type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 肺がん（胸部X線） <input type="checkbox"/> 前立腺がん <input checked="" type="checkbox"/> 子宮がん <input checked="" type="checkbox"/> 乳がん（マンモグラフィまたは超音波いずれか一方）		
	提出書類確認	<input checked="" type="checkbox"/> 領収書原本 <input checked="" type="checkbox"/> 健診結果のコピー		
受 取 方 法	<input checked="" type="checkbox"/> 金融機関振込 <input type="checkbox"/> 健保組合にて被保険者現金受取			
	振込先 <small>※被保険者口座に限る</small>	○○	銀行 信用金庫・信用組合	○○ 支 店
	預金種別	普通 ・当座	口座番号	○○○○○○○○
備考				

※ご不明な点がございましたら健康保険組合（Tel 0285-28-1159）までお問合せ下さい。

健 保 使 用 欄	内訳	支給決定額	健保受付印
	胃（ ） 大腸（ ）	_____ 円	
	肺（ ） 前立腺（ ）		
	乳（ ） 子宮（ ）		