

伺 平成 年 月 日

確認印

受付印	支払印

支給金額	円
------	---

上記枠内は記入しないでください。

## がん検診受診補助金請求書

下記のとおりがん検診を受診したので、補助金 \_\_\_\_\_ 円を請求します。

兵庫県運輸業健康保険組合 様 平成 年 月 日

市町村のがん検診の助成制度を利用して受診された場合は補助の対象外です。

事業所所在地	
請求者 事業所名称	
事業主名	

## がん検診補助金請求明細書

健診機関名		検診種別	請求単価	受診人数	合計
		胃がん (カメラ・透視)	円	名	円
		大腸がん (便潜血)			
		肺がん (喀痰細胞診)			
		前立腺がん (PSA)			
		乳がん (視触診・エコー・マンモグラフィ)			
		子宮がん (頸部細胞診)			
		請求合計			

受診者数	名	請求金額合計	円
------	---	--------	---

銀行名、支店名、預金種別、口座番号、口座名義人、口座名義人フリガナは正確にご記入ください。

振込希望銀行	預金種別	口座名義人
銀行	1.普通 2.当座	(フリガナ)
金庫	口座番号	
支店		
農協		

経費削減のため、振込希望銀行を「三井住友銀行」に指定していただければ幸いです。

請求に関する注意事項	
申請対象者	受診日が年度中(当年4月1日～翌年3月31日)に40歳から74歳となる被保険者及び被扶養者
補助金の種類	胃がん検診(胃カメラ・胃透視)、乳がん検診(視触診・エコー・マンモグラフィ)、は2,000円、子宮がん検診(頸部)は1,500円、肺がん(喀痰細胞診)、前立腺がん検診は1,000円、大腸がん検診(便潜血反応)は500円を限度として年1回補助します。
添付書類	医療機関の領収証(保険診療のものは対象外となります。)のコピーを必ず添付してください。(個人情報は厳守します。)
補助金請求先	〒650-0025 神戸市中央区相生町4丁目6番4号 兵庫県運輸業健康保険組合 宛 TEL(078)341-4801

# がん検診受診受診者名簿

被保険者 証番号	受診者氏名	本人・ 家族 の別	検査 項目	胃がん (カメラ・透視)	大腸がん (便潜血)	肺がん (喀痰細胞診)	前立腺がん (PSA)	乳がん(視触診・エ コー・マンモグラフィ)	子宮がん (頸部細胞診)
			受診 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
			検査 費用	円	円	円	円	円	円
			請求 額	円	円	円	円	円	円
			受診 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
			検査 費用	円	円	円	円	円	円
			請求 額	円	円	円	円	円	円
			受診 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
			検査 費用	円	円	円	円	円	円
			請求 額	円	円	円	円	円	円
			受診 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
			検査 費用	円	円	円	円	円	円
			請求 額	円	円	円	円	円	円
			受診 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
			検査 費用	円	円	円	円	円	円
			請求 額	円	円	円	円	円	円
			受診 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
			検査 費用	円	円	円	円	円	円
			請求 額	円	円	円	円	円	円
			受診 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
			検査 費用	円	円	円	円	円	円
			請求 額	円	円	円	円	円	円
<b>補 助 金 額 合 計</b>				円	円	円	円	円	円