

伺	
確認印	
支給金額	円

受付印	支払印

※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(個人請求用)

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

令和 年 月 日

被保険者証 の記号番号		被保険者 氏名	フリガナ	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	
被保険者 の現住所	〒 - TEL ( ) -						
事業所名							
受 診 者	氏名		被保険者 との続柄		生年月日	昭和 平成	年 月 日
	医療機関	名称					
	検査項目		検診日	検査費用	補助金請求金額		
	<input type="radio"/>	胃がん (胃カメラ・胃透視)	年 月 日	円	円		
	<input type="radio"/>	大腸がん (便潜血反応)	年 月 日	円	円		
	<input type="radio"/>	肺がん (喀痰細胞診)	年 月 日	円	円		
	<input type="radio"/>	前立腺がん (PSA)	年 月 日	円	円		
	<input type="radio"/>	乳がん (視触診・エコー・マンモグラフィ)	年 月 日	円	円		
<input type="radio"/>	子宮がん (頸部・HPV)	年 月 日	円	円			
↑ 受診された項目に○印を付けてください。					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。また、振込手数料削減のため、振込先をできるだけ「三井住友銀行」に指定していただければ幸いです。

振込希望銀行	預金種別	口座名義人
銀行 金庫 農協	1.普通 2.当座 3.貯蓄 (フリガナ)	
支店	口座番号	

委任状	この補助金の受領方を (住所) 氏名 に委任する。
	令和 年 月 日 被保険者氏名

### ★ 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(子宮がんは20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(胃内視鏡・胃透視検査)は2,000円、乳がん(視触診・超音波・マンモグラフィ検査)は3,000円、子宮がん(頸部細胞診・HPV検査)は2,500円、肺がん(喀痰細胞診検査)及び前立腺がん(PSA検査)は1,000円、大腸がん(便潜血反応検査)は500円を限度として補助します。
- 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