

同 令和 年 月 日

確認印

支給金額 円

上記枠内は記入しないでください。

受付印

支払印

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

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。

個人用

令和 年 月 日

被保険者証 の記号番号		被保険者の 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 令和 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)	年 月 日	円	円		
受診された項目に 印を付けてください。 市町村の助成制度を利用して受診した項目は除いてください。					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。

振 込 希 望 銀 行	預 金 種 別	口 座 名 義 人
銀行	1.普通 2.当座 3.貯蓄 (フリガナ)	
金庫	口 座 番 号	
支店		
農協		

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

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35歳)から74歳となる被保険者及び被扶養者
補助金の種類	検査費用(消費税込み)の半額(子宮がんは上限1,500円、胃がん・乳がんは上限2,000円、肺がん(喀痰細胞診)・前立腺がんは上限1,000円、大腸がん(便潜血反応検査)は上限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