

支給・支出伺	支給額						
--------	-----	--	--	--	--	--	--

# 記入例

常務理事	事務長	係

## 自治体がん検診補助金支給申請書

記号・番号はマイナポータル・資格情報のお知らせ・資格確認書のいずれかでご確認ください。

太枠内記入のこと

被保険者等の 記号・番号	記号	番号	被保険者氏名	フリガナ ケンコウ ユキヒト			健保補助人数	
	63	1234567		健康 幸人				
受診した方について記入	氏名	年齢	続柄	受診した医療機関名	受診したがん検診	受診年月日	窓口負担額	*記入不要 処理番
	健康 幸人	40	本人	さいたま医院	胃がん	令和8年7月10日	1,000 円	
				北斗総合病院	肺がん	令和8年8月5日	500 円	
					大腸がん	令和 年 月 日	円	
					子宮頸がん	令和 年 月 日	円	
					乳がん	令和 年 月 日	円	
					HPV検査	令和 年 月 日	円	
					前立腺がん	令和 年 月 日	円	
合計							1,500 円	
受診した方について記入	氏名	年齢	続柄	受診した医療機関名	受診したがん検診	受診年月日	窓口負担額	*記入不要 処理番
	健康 恵	38	妻		胃がん	令和 年 月 日	円	
					肺がん	令和 年 月 日	円	
					大腸がん	令和 年 月 日	円	
				サンワレティース医院	子宮頸がん	令和8年6月15日	2,000 円	
				末広外科医院	乳がん	令和8年7月6日	1,500 円	
					HPV検査	令和 年 月 日	円	
					前立腺がん	令和 年 月 日	円	
合計							3,500 円	

氏名・医療機関名・検診名・窓口負担額・受診日が記載された領収書原本及び、がん検診の料金・対象年齢が確認できる自治体の広報・通知はがき等(コピー可)を添付して下さい。

※在職中の方は事業主経由で補助金を支給しますので、下記にも記入願います。(任継者は記入不要)

委任状	自治体がん検診補助金の受領を事業主に委任します。
	事業所名 <b>リケンNPR株式会社</b>
	被保険者氏名(自署) <b>健康 幸人</b> ←必ず手書きでご記入ください。

受付年月日

注) 1. 補助は

- ①受診した日に当健康保険組合の被保険者、被扶養者であること。
  - ②自治体の実施するがん検診であること。
  - ③4月1日～翌年1月末日までに受診し、当健康保険組合に申請したものが対象となります。  
受診後、速やかにこの申請書を事業所経由にて当健康保険組合へご提出ください。
2. **領収書(原本)及び”がん検診の料金・対象年齢が確認できる自治体の広報・通知はがき等(コピー可)”をいっしょに添付してください。**
  3. 複数のがん検診を受診した場合、年度1回としてまとめて申請してください。
  4. 最終提出期限は、2月末日(各事業所担当)となります。
  5. 任意継続被保険者の方の手続きは、当健康保険組合へ直接お願いいたします。
- ※ この申請書は、所属事業所健康管理担当者を経由して提出してください。