月給付（No.　　）

支給決定伺	常務理事							
		人					円	
		人					円	

記入例

赤字部分をご記入ください

市町村検診受診料等支給申請書

次のとおり受診しましたので申請します。
併せて補助金の受領を事業主に委任します。
石原産業健康保険組合　御中　　20XX 年　10 月　31 日

氏名自筆の場合
捺印不要

被保険者等記号 番号　記号　11　－　番号　1000

被保険者氏名　健保　太郎　（健保）

事業所　大阪本社　連絡先内線　RRRR

受診者氏名	被保険者との続柄	年齢	検診種類 / 検診機関(自治体)	受診日 / 医療機関名	受診金額
健保　花子	妻	41	大腸がん 自治体名：大阪市	R ○ 年 10 月 22 日 医療機関名：大阪石原病院	300
健保　花子	妻	41	乳がん 自治体名：大阪市	R ○ 年 10 月 22 日 医療機関名：大阪石原病院	1,500
			自治体名	R 年 月 日 医療機関名	
			自治体名	R 年 月 日 医療機関名	
				合計	1,800

＜申請時のチェック事項＞…当てはまらない場合は補助の対象となりません

☑ 記載内容に間違いはありません（被保険者記号番号を再度ご確認ください）

☑ 次の項目が明記されている領収証（記載のない場合は併せて記載された書類）を添付しました。

①『自治体の実施であること』･･･直接医療機関に申しこんで検診を受けた場合は対象外
②『検診の種類』･･･他の補助申請との重複を防ぐため
③『検診代金の単価』･･･合算されて単価がわからない場合は対象外

受付印

☑ 同年度内に検査内容が重複する検診の補助申請はいたしません。
（人間ﾄﾞｯｸ･郵送がん検診等）

2024.12