

※右欄は健康保険組合の使用欄

支給決定日	支給決定金額	常務理事	事務長	担当者
月 日	円			

その他各種検診補助金支給申請書(令和●年度用)

* 補助額は健保使用欄

受診項目	窓口支払額	補助額	受診年月日	令和 ● 年 4 月 20 日
乳がん検診	5,500		検診機関名	第一健康病院
子宮がん検診	4,400			
大腸がん検診				
前立腺がん検診			大阪 都道府県 tel 06 (1234) 5678	
C型肝炎ウイルス検診				
合計金額	8,000			
フリガナ	ゲンキ ハナコ	生年月日	受診日年齢	被保険者との続柄
受診者氏名	元 気 花 子	昭・平 ×× 年 4 月 4 日	55 歳	本人
受診者住所	〒 555-0001 大阪市西淀川区 × × 6-7 日中連絡の取れるTEL 06-0000-△△△△			

上記のとおり申請致します。 記入日：令和 ● 年 6 月 5 日

クラシエ健康保険組合 御中

被保険者証の記号・番号	1111 - 333333	所属事業所	××××(株)
フリガナ	ゲンキ ハナコ		
被保険者氏名	元 気 花 子		

※以下の内容をご確認のうえ、申請ください。

●対象年齢等

検診名	対象年齢	性別	留意事項
乳がん	満30歳以上	女性	マンモグラフィーまたは超音波に限る。(視触診のみは補助対象外)
子宮がん	満30歳以上	女性	細胞診を含むこと。
大腸がん	満35歳以上	男性・女性	CEAマーカーは補助対象外
前立腺がん	満50歳以上	男性	直腸診のみは補助対象外
C型肝炎ウイルス	満40歳以上	男性・女性	補助は1回限り。(過去に受診された方は対象外)

●添付書類等(いずれの検診の場合も)

必要添付書類 (すべて☑になって いますか?)	☒ 領収証原本(「乳がん検診代〇〇円」というように明細の記載が必須です) ☒ 検診結果表(写)
受診期間及び 申請受付期限	令和●年4月～令和▲年2月末日までに受診の上、 令和▲年3月10日までに申請してください。(健保必着)
その他	補助は1会計年度(4月1日～翌年3月31日)1人1回限りです。

※任意継続被保険者と1～2ヶ月以内に退職される方は下記に振込先をご記入ください。

(退職予定日：令和 年 月 日)

振込先	銀行名(コード)	本・支店名(コード)
	()	()
	口座の種類・番号	口座名義(漢字・カナ)
	普・当	

問合せ先・送付先 クラシエ健康保険組合 〒541-0053 大阪市中央区本町2-1-6 堺筋本町センターB2階