

がん検診補助金請求書

令和 年 月 日

そごう・西武健康保険組合 殿

がん検診を下記のとおり受診しました。領収証(コピー)を添えて補助金を請求いたします。

被保険者証	(記号) (番号) —	所属事業所 (会社名)	
被保険者名		電話番号	<input type="checkbox"/> 会社 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 ()
受診者名	生年月日：昭・平 年 月 日 (歳)	続柄	本人・配偶者 その他 ()

	受診日	検査項目 ①～⑨を記入	受診医療機関	金額
1	令和 年 月 日			円
2	令和 年 月 日			円
3	令和 年 月 日			円
(金額合計)				円

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ記入者の氏名(サイン)をご記入ください(押印可)

補助対象になるのは①～⑨の検査項目です。(上記検査項目欄に①～⑨の番号を記入)

- ① 胸部CT ② 喀痰細胞診
 ③ 乳房エコー } 乳房触診の有無は問いませんが、乳房触診のみの受診は補助対象外
 ④ マンモグラフィ }
 ⑤ 子宮頸部細胞診 ⑥ 子宮体部細胞診 ⑦ 子宮エコー ⑧ HPV検査 ⑨ PSA検査

添付書類

①受診者氏名 ②医療機関名 ③受診日 ④検査名とそれぞれの金額
 の記載がある領収書(コピー)

※記載が無い場合は、結果表(コピー)等、検査内容がわかるものを提出してください。
 結果表の発行料等(文書料・郵送料)は補助対象になりません。

注意事項

- 補助上限額は補助対象検査項目の合計で14,300円(税込)
 ※各検査項目は年間1回のみ対象
- 健康保険適用検査(保険証使用)の場合は補助対象外です。
- セット料金で受診の際に①～⑨以外の検査項目が含まれている場合は、補助対象外となります。(乳がん検診③④受診時の乳房触診は可)

(健保組合記入欄)

がん検診補助金支給決定額

受付

決裁

金 円

常務理事	事務長	担当者