

支払決定年月日		令和 年 月 日		支給金額決定欄		
常務理事	事務長	課長	係			
				備考	大腸・子宮・乳・前立腺 肺・歯周病・ピロリ・骨	大腸・子宮・乳・前立腺 肺・歯周病・ピロリ・骨
					円	円

各種検診補助金請求書

下記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日

□□□ - □□□□

被保険者 住所
(事業主が代表して申請 氏名
する場合は事業主) TEL

神戸貿易健康保険組合理事長様

健康保険者	記号	番号		
受診者	氏名	生年月日 年齢	昭和 平成	年 月 日 歳
受診年月日	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	受診費用	合計	円
検診を受けた 病院等	所在地 名称			
該当する検診内容 □に✓を記入	<input type="checkbox"/> 大腸がん検診 <input type="checkbox"/> 子宮がん検診 <input type="checkbox"/> 乳がん検診 <input type="checkbox"/> 前立腺がん検診 <input type="checkbox"/> 肺がん喀痰検査 <input type="checkbox"/> 歯周病リスク検診 <input type="checkbox"/> ピロリ菌検査 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症検査	→	<input type="checkbox"/> 人間ドック・健康診断受診時にオプション検査(自費)として受診 <input type="checkbox"/> 単独で受診 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー(子宮がん CA125検査) <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー(前立腺がん PSA検査) <input type="checkbox"/> その他	

振込先指定口座	銀行		支店	預金種別	普通 ・ 当座
	口座番号			フリガナ	
				口座名義	

補助金申請にあたっての注意事項です。必ずお読みください。

- ・検診補助金の対象者ならびに補助額は、以下のとおりです。

大腸がん検診	30歳以上の被保険者・被扶養者	組合補助額上限 2,000円
子宮がん検診	20歳以上の女性被保険者・被扶養者	組合補助額上限 3,000円
乳がん検診	30歳以上の女性被保険者・被扶養者	組合補助額上限 5,000円
前立腺がん検診	40歳以上の男性被保険者・被扶養者	組合補助額上限 3,500円
肺がん喀痰検査	40歳以上の被保険者・被扶養者	組合補助額上限 2,500円
歯周病リスク検診	40歳以上の被保険者・被扶養者	組合補助額上限 2,000円
ピロリ菌検査	40歳以上の被保険者・被扶養者	組合補助額上限 2,500円
骨粗しょう症検査	40歳以上の被保険者・被扶養者	組合補助額上限 3,000円

補助金請求にあたっては、領収書(検診項目ごとの金額がわかるもの)を添付してください。

- ・既に当組合に人間ドック・各種健診補助金等の請求を行い、領収書を提出している場合は、その旨連絡願います。
- ・補助金支給にあたり、当組合が実施する検診内容と著しく異なる場合は補助金が支給されない場合がございます。
- ・補助金支給にあたり、検査内容や検査結果のお問い合わせをすることがございます。
- ・振込先指定口座は被保険者様の口座を記入してください。
- ・事業主が申請する場合は、領収書にあわせて受診者名簿を添付してください。