

伺	
確認印	
支給金額	円

※上記枠内は記入しないでください。

受付印	支払印
-----	-----

がん検診受診補助金請求書

No.

下記のとおりがん検診を受診したので、補助金 _____ 円を請求します。

兵庫県運輸業健康保険組合 様 令和 年 月 日

事業所所在地

請求者 事業所名称

事業主名

がん検診補助金請求明細書

健診機関名		検診種別	請求単価	受診人数	合計
		・胃がん (カメラ・透視)	円	名	円
		・大腸がん (便潜血)			
		・肺がん (喀痰細胞診)			
		・前立腺がん (PSA)			
		・乳がん (視触診・エコー・マンモグラフィー)			
		・子宮がん (頸部細胞診・HPV)			
		請求合計			

受診者数	名	請求金額合計	円
------	---	--------	---

※銀行名、支店名、預金種別、口座番号、口座名義人、口座名義人フリガナは正確にご記入ください。

振込希望銀行	預金種別	口座名義人
銀行	1. 普通 2. 当座	(フリガナ)
金庫	口座番号	
農協		

※振込手数料削減のため、振込先をできるだけ「三井住友銀行」に指定していただければ幸いです。

★ 請求に関する注意事項 ★

- ① 申請対象者 受診日が年度中(当年4月1日～翌年3月31日)に40歳(子宮がんは20歳)から74歳となる被保険者及び被扶養者
- ② 補助金の種類 胃がん(胃内視鏡・胃透視検査)は2,000円、乳がん(視触診・超音波・マンモグラフィー検査)は3,000円、子宮がん(頸部細胞診・HPV検査)は2,500円、肺がん(喀痰細胞診検査)及び前立腺がん(PSA検査)は1,000円、大腸がん(便潜血反応検査)は500円を限度として補助します。
- ③ 添付書類 医療機関の領収証(保険診療のものは対象外となります。)のコピーを必ず添付してください。(個人情報厳守します。)
- ④ 補助金請求先 〒650-0025 神戸市中央区相生町4丁目6番4号 兵庫県運輸業健康保険組合 宛
TEL(078)341-4801

がん検診受診受診者名簿

被保険者 証番号	受診者氏名	本人・ 家族 の別	検査 項目	胃がん (カメラ・透視)	大腸がん (便潜血)	肺がん (喀痰細胞診)	前立腺がん (PSA)	乳がん(視触診・エ コー・マンモグラフィ)	子宮がん (頸部細胞診)
				受診 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
			検査 費用 請求 額	円	円	円	円	円	円
			受診 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
			検査 費用 請求 額	円	円	円	円	円	円
			受診 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
			検査 費用 請求 額	円	円	円	円	円	円
			受診 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
			検査 費用 請求 額	円	円	円	円	円	円
			受診 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
			検査 費用 請求 額	円	円	円	円	円	円
			受診 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
			検査 費用 請求 額	円	円	円	円	円	円
			受診 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
			検査 費用 請求 額	円	円	円	円	円	円
			受診 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
			検査 費用 請求 額	円	円	円	円	円	円
補 助 金 額 合 計				円	円	円	円	円	円