

| | | | | |
|-------|--------|------|-----|---|
| 支給決定伺 | 支給決定金額 | 常務理事 | 事務長 | 係 |
| 年 月 日 | ¥ | | | |

| | | | | | | | |
|----|----|---|-------|---|-------|---|-------|
| 令和 | 年度 | 款 | 保健事業費 | 項 | 保健事業費 | 目 | 疾病予防費 |
|----|----|---|-------|---|-------|---|-------|

がん検診補助金請求書 (受診者が支払った場合)

| | | | | | | | |
|-----------------------------------|----------------|---------------|-----|---------|-----|-------|----|
| 記号 | 事業所名称 | | | | | | |
| 番号 | 被保険者氏名 | | | | | | |
| 受診者氏名 | 年齢 当年度4/1現在 | | 歳 | 続柄 | | | |
| 受診日 | 年 | 月 | 日 | 医療機関の名称 | | | |
| 検診項目 <small>○でかこんでください</small> | 乳がん | 子宮がん (頸・体) | 肺がん | 大腸がん | 胃がん | 前立腺がん | 合計 |
| 支払額 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 補助額 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |

上記のとおり、がん検診を受診しましたので、補助金を請求します。
 年 月 日
 被保険者住所
 被保険者氏名
 兵庫県建築健康保険組合理事長 様

補助金は、事務費の軽減等を図るため、事業所の口座に振込みをさせていただきますので、委任欄に記名をしてください。ご理解とご協力をお願いします。 ※払渡希望銀行は事業所の口座を記入してください。

| | |
|-----|--|
| 委任欄 | この補助金の受領を下記代理人に委任します。 |
| | 被保険者氏名 代理人 事業所所在地 名称 事業主氏名 |

| | | | | |
|----------|----|----------|----|------|
| 払渡希望の銀行名 | 種別 | 当座 | 普通 | フリガナ |
| 銀行 信金 | 支店 | 口座 番号 | | 名義人 |

- (留意事項)
- 補助対象者 被保険者・当年度4月1日現在、30歳(子宮がん検診は20歳)以上の被扶養者
 - 補助金額 1がん検診ごとに、1人あたり3,000円以内の実費
 - 添付書類 領収書(コピー可)
 - 提出期限 事業主を経由して当年度2月末日までに

| | |
|-------------------------|--|
| 領収書 必須項目 (レシート不可) | ① 受診者氏名 ② 受診日 ③ 受診費用 ④ 医療機関所在地、名称 ⑤ 検診の種類ごとに検査項目と費用が記載されていること |
|-------------------------|--|

補助対象外 事業主が費用を負担した場合、保険診療(3割等)、人間ドック・健康診断等のコースに含むがん検診、当組合が補助を行っている郵送自己検診(メスプ細胞検査研究所)で同種のがん検診を受診された場合

| | | | | |
|-------|--------|------|-----|---|
| 支給決定伺 | 支給決定金額 | 常務理事 | 事務長 | 係 |
| 年 月 日 | ¥ | | | |

| | | | | | | |
|---------|---|-------|---|-------|---|-------|
| 令和 ○ 年度 | 款 | 保健事業費 | 項 | 保健事業費 | 目 | 疾病予防費 |
|---------|---|-------|---|-------|---|-------|

がん検診補助金請求書 (受診者が支払った場合)

| | | | | | | | |
|-----------------------------------|----------------|---------------|----------------|---------|---------|------------|----------|
| 記号 | 999 | 事業所名称 | 株式会社 ○○○ | | | | |
| 番号 | 99 | 被保険者氏名 | 健保 花子 | | | | |
| 受診者氏名 | 健保 花子 | | 年齢 当年度4/1現在 | 39 歳 | 続柄 | 本人 | |
| 受診日 | 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 | | 医療機関の名称 | | | ○○○○健診センター | |
| 検診項目 <small>○でかこんでください</small> | 乳がん | 子宮がん (頸・体) | 肺がん | 大腸がん | 胃がん | 前立腺がん | 合計 |
| 支払額 | 6,600 円 | 1,700 円 | 1,000 円 | 1,000 円 | 3,300 円 | | 13,600 円 |
| 補助額 | 3,000 円 | 1,700 円 | 1,000 円 | 1,000 円 | 3,000 円 | | 9,700 円 |

上記のとおり、がん検診を受診しましたので、補助金を請求します。
年 月 日

被保険者住所 神戸市○○区○○町○-○

被保険者氏名 健保 花子

兵庫県建築健康保険組合理事長 様

補助金は、事務費の軽減等を図るため、事業所の口座に振込みをさせていただきますので、委任欄に記名をしてください。ご理解とご協力をお願いします。 ※払渡希望銀行は事業所の口座を記入してください。

| | | |
|-----|------------------------------|---|
| 委任欄 | この補助金の受領を下記代理人に委任します。 | |
| | 被保険者氏名 | 健保 花子 |
| | 代理人 事業所所在地 名称 事業主氏名 | 神戸市△△区△△町△-△ 株式会社 ○○○ 代表取締役 ○○ △△ |

| | | | | | |
|-----------------|----------|---------|----|------|----------------------|
| 払渡希望の銀行名 | 種別 | 当座 | 普通 | フリガナ | カブシキカイシャ 株式会社 ○○○ |
| ○○○ 銀行 信金 ○○ 支店 | 口座 番号 | 1234567 | | 名義人 | |

(留意事項)

- 補助対象者 被保険者・当年度4月1日現在、30歳(子宮がん検診は20歳)以上の被扶養者
- 補助金額 1がん検診ごとに、1人あたり3,000円以内の実費
- 添付書類 領収書(コピー可)
- 提出期限 事業主を経由して当年度2月末日までに

| | |
|-------------------------|--|
| 領収書 必須項目 (レシート不可) | ① 受診者氏名 ② 受診日 ③ 受診費用 ④ 医療機関所在地、名称 ⑤ 検診の種類ごとに検査項目と費用が記載されていること |
|-------------------------|--|

補助対象外 事業主が費用を負担した場合、保険診療(3割等)、人間ドック・健康診断等のコースに含むがん検診、当組合が補助を行っている郵送自己検診(メスブ細胞検査研究所)で同種のがん検診を受診された場合