

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 (複数の場合は代表を一つ所)			
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(1がん検診 年度内1回)
- 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 (何の検診であるか記載のあるもの)
-------------------------	--

補助対象外 保険診療(3割等)、人間ドック・健康診断等のコースを含むがん検診、
 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