

支給決定同	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 (事業主が支払った場合)

事業所記号	
事業所名称	
医療機関の名称	複数の場合は 代表を一つ所
がん検診を受けた人数	人
補助金請求金額	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

事業所所在地
 名称
 事業主氏名

兵庫県建築健康保険組合理事長 様

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)

- 1 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**
- 2 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)
- 3 添付書類 所定のがん検診を受けた者の名簿、**領収書**(コピー可)
- 4 提出期限 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) ※ 医療機関へ振込みをされた場合は、利用明細票・ネットバンキング振込明細表 等 振込みされたことが分かる書類(コピー)を添付してください。 いつ、誰が、いくらで受診したか分かる書類(医療機関からの請求書 等)の コピーを添付してください。
----------------------------------	---

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
-------------------	---

がん検診を受けた者の名簿 (事業主が支払った場合)

事業所記号		医療機関の名称										
被保険者番号	受診者氏名	続柄	年齢 当年度 4/1現在	受診日	検診項目 ○でかこんでください	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
			歳		支払額	円	円	円	円	円	円	円
					補助額	円	円	円	円	円	円	円
被保険者番号	受診者氏名	続柄	年齢 当年度 4/1現在	受診日	検診項目 ○でかこんでください	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
			歳		支払額	円	円	円	円	円	円	円
					補助額	円	円	円	円	円	円	円
被保険者番号	受診者氏名	続柄	年齢 当年度 4/1現在	受診日	検診項目 ○でかこんでください	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
			歳		支払額	円	円	円	円	円	円	円
					補助額	円	円	円	円	円	円	円
被保険者番号	受診者氏名	続柄	年齢 当年度 4/1現在	受診日	検診項目 ○でかこんでください	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
			歳		支払額	円	円	円	円	円	円	円
					補助額	円	円	円	円	円	円	円

※ 被保険者番号順または受診日順(請求書の明細記載順)に記入してください。

補助額	円
-----	---