

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 (事業主が支払った場合)

事業所記号	999
事業所名称	株式会社 ○○○
医療機関の名称	○○○○健診センター <small>複数の場合は代表を一つ所</small>
がん検診を受けた人数	2 人
補助金請求金額	11,200 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 神戸市△△区△△町△-△  
名称 株式会社 ○○○  
事業主氏名 代表取締役 ○○ △△

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	フリガナ	
○○○ <b>銀行</b> 信金 ○○ 支店	口座番号	1234567	名義人	カブシキカイシャ 株式会社 ○○○

(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 所定のがん検診を受けた者の名簿、領収書(コピー可)
- 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

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		999		医療機関の名称		〇〇〇〇健康センター									
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			
12	健保 花子	本人	39 歳	RO.O.△	支払額	6,600 円	1,700 円	1,000 円	1,000 円	3,300 円	円	13,600 円			
					補助額	3,000 円	1,700 円	1,000 円	1,000 円	3,000 円	円	9,700 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			
34	建築 次郎	本人	62 歳	20〇〇.△.△	支払額	円	円	円	円	円	1,500 円	1,500 円			
					補助額	円	円	円	円	円	1,500 円	1,500 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	年 月 日	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 計	11,200 円
-------	----------