

支給決定伺	支給決定金額	常務理事	事務長	係
年 月 日	¥			

令和2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 (任意継続被保険者用)

記号	900						
番号	被保険者氏名						
受診者氏名			年齢 <small>R2.4.1現在</small>	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

印

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)

- 補助対象者 被保険者・令和2年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  
※保険診療や人間ドック・健康診断等のコースに含むがん検診は、補助対象外です。
- 添付書類 領収書 (コピー可)
- 提出期限 令和3年2月26日(金)までに

領収書 必須項目	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