

健保使用欄

支給決定	補助金額 支払年月日	令和 年 月 日	領収証 申請額 検診結果 支給	有・無 適・否 有・無 可・不可	常務理事	事務長	年度 担当

自治体(市区町村)がん検診受診補助申請書

保険証 記号番号	〇 - 〇〇〇〇	事業所	日本飛行機(株)
被保険者 氏名	日飛 太郎	所属	〇〇本部〇〇部〇〇課
		電話番号	(内)〇〇〇〇

受診者	氏名	日飛 花子	生年月日	昭和 平成	〇〇年 〇〇月 〇〇日
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇区〇〇町〇-〇-〇	続柄	妻	性別 男・女

受診したがん 検診の種類 及び金額 種類に☑ を、円に金 額を入れてく ださい	☒ 乳がん	(☒ マンモグラフィー ☐ エコー ☐ 視触診)	〇,〇〇〇円
	☒ 子宮がん	(☒ 子宮頸部細胞診 ☐ 子宮体部細胞診)	〇,〇〇〇円
	☐ 胃がん	(☐ X線 ☐ 内視鏡 ☐ リスク検診)	円
	☐ 肺がん	(☐ X線 ☐ 喀痰)	円
	☒ 大腸がん	(☐ 便潜血)	〇〇〇円
	☐ 前立腺がん	(☐ PSA)	円
	☐ 口腔がん	()	円
	☐ その他のがん検診 ()		円

自己負担額 (補助申請額)	合計 〇,〇〇〇 円	自己負担額は市区町村により異なります。 診療のなかで受けた検査、無料クーポンで受けた検診、 検診に付帯する診療や手続きの費用は補助対象外です。
------------------	------------	---

検診年月日 *全て記入して ください	令和 〇 年 〇〇 月 〇〇 日	検診実施 市区町村名	〇〇市
	令和 年 月 日	補助金 振込口座	被保険者の みずほ銀行 横浜支店 健康保険給付金振込口座
	令和 年 月 日		

上記のとおり自治体がん検診を受診しましたので、領収証※(原本)及び検診結果(写し)を添えて補助を申請します。

また、検診結果を健康保険組合が保健事業(匿名化情報の作成等)のために利用することに同意します。

令和 〇 年 〇〇 月 〇〇 日

被保険者氏名	(自筆でご記名してください) 日飛 太郎
受診者氏名	(被扶養者の場合のみ自筆でご記名してください) 日飛 花子

日本飛行機健康保険組合 理事長 殿

※受診項目が明記された領収証を添付して下さい。領収証に受診項目が明記されていない場合は、項目毎の自己負担額が判る書面を添付して下さい。

※受診期間：年度内(4月1日～翌3月31日)

※提出期限：翌年度 4月20日(健保必着)