

胃がん・乳がん検診・歯科健診 受診補助申請書

区分 I

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

■受診種別

胃がん検診(被保険者・被扶養者) ・胃部X線検査(内視鏡検査は対象外)・指定医療機関なし・年齢制限なし・補助上限額5,000円(一人1回/年)
乳がん検診(被保険者・被扶養者) ・マンモグラフィ、エコー、視触診・指定医療機関なし・年齢制限なし・補助上限額5,000円(一人1回/年)
歯科健診(被保険者・被扶養者) ・指定医療機関なし・年齢制限なし・健保の補助上限額1,000円(一人1回/年)

■申請者情報 (受診者ではなく被保険者の情報を記入してください)

保険証記号・番号	—
社員番号(在籍者のみ)	
所属(在籍者のみ)	横浜・厚木工場 (STA) 作業所 部 課 係
住所(任意継続者のみ)	
被保険者氏名	
生年月日	年 月 日
電話番号(在籍者)	内線・携帯
電話番号(任継者)	自宅・携帯

■受診者情報 (補助対象者の情報を記入してください)

氏名	続柄	受診種別	受診日(全て記入)	支払金額
		<input type="checkbox"/> 胃がん・ <input type="checkbox"/> 乳がん・ <input type="checkbox"/> 歯科	令和 年 月 日	円
		<input type="checkbox"/> 胃がん・ <input type="checkbox"/> 乳がん・ <input type="checkbox"/> 歯科	令和 年 月 日	円
		<input type="checkbox"/> 胃がん・ <input type="checkbox"/> 乳がん・ <input type="checkbox"/> 歯科	令和 年 月 日	円
		<input type="checkbox"/> 胃がん・ <input type="checkbox"/> 乳がん・ <input type="checkbox"/> 歯科	令和 年 月 日	円
		<input type="checkbox"/> 胃がん・ <input type="checkbox"/> 乳がん・ <input type="checkbox"/> 歯科	令和 年 月 日	円
		<input type="checkbox"/> 胃がん・ <input type="checkbox"/> 乳がん・ <input type="checkbox"/> 歯科	令和 年 月 日	円

■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

上記のとおり受診しましたので、**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 年 月 日

被保険者氏名	(自筆でご記名してください)
--------	----------------

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(診療明細書、他)を添付して下さい。

※**歯科健診は、健診結果の添付は不要です。**

※受診期間：年度内(4月1日～12月31日)

※提出期限：翌年度 2月末日(健保必着)