

自治体(市区町村)がん検診受診補助申請書

区分 I

健保使用欄

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

- 対象者 ・被保険者・被扶養者・任意継続被保険者・任意継続被扶養者
■補助条件 ・自治体毎に年齢制限あり・基本受診料の全額を健保が負担(一人1回/年度)
■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 部 課 係 作業所
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	年齢	住所(市区町村まで)	検診実施市区町村名	自己負担額合計 (補助申請額)
					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。

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	<input type="checkbox"/> 乳がん	(<input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> 視触診)	円
	<input type="checkbox"/> 子宮がん	(<input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診 <input type="checkbox"/> 子宮体部細胞診)	円
	<input type="checkbox"/> 胃がん	(<input type="checkbox"/> X線 <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> リスク検診)	円
	<input type="checkbox"/> 肺がん	(<input type="checkbox"/> X線 <input type="checkbox"/> 喀痰)	円
	<input type="checkbox"/> 大腸がん	(<input type="checkbox"/> 便潜血)	円
	<input type="checkbox"/> 前立腺がん	(<input type="checkbox"/> PSA)	円
	<input type="checkbox"/> 口腔がん	()	円
	<input type="checkbox"/> その他のがん検診	()	円
検診年月日 *全て記入して ください	令和 年 月 日 令和 年 月 日 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

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を添付して下さい。

※受診期間：(4月1日～12月31日)

※提出期限：翌年度 2月末日(健保必着)

日本飛行機健康保険組合 2024.04.01改訂