



# 家族健診・任継健診・ガン検診補助金請求書

※尿検査等（P4の特定健診項目◎）を省略した場合は補助金の支給対象外です。

被保険者の	事業所名	信用金庫・任継	被保険者等 記号・番号	—
	氏名		電話番号	( ) —
受診者の	氏名	続柄 ( )	生年月日	年 月 日 ( 歳)

※①「補助金請求書」②「領収書の原本」③「健診結果票全項目のコピー」の3点をホチキスでとめてご請求ください。（領収書には被保険者等記号・番号・氏名を記入してください）

家族健診・任継健診を受診した方（ガン検診を受診した場合は下記に○を付けてください。）

(補助金上限 15,000円)	病院名	基本健診の受診年月日	年 月 日
	病院	・胃ガン	・大腸ガン
婦人科検診を受診した場合は 補助金上限18,000円	マンモグラフィー ・ 乳ガン超音波 ・ 子宮ガン		
※必ずご記入ください⇒		支払金額合計	円

※①「補助金請求書」②「特定健診問診票」③「領収書の原本」④「健診結果票全項目のコピー」の4点をホチキスでとめてご請求ください。（領収書には被保険者等記号・番号・氏名を記入してください）

パート先等で基本健診を受診し追加でガン検診を受診した方（請求するガン検診に○を付けてください。）

病院名	基本健診の受診年月日	年 月 日
補助金上限5,000円	・胃ガン	・大腸ガン
補助金上限8,000円	胃ガン ・ 大腸ガン ・ マンモグラフィー ・ 乳ガン超音波 ・ 子宮ガン	
※必ずご記入ください⇒		支払金額合計 円

## 同意書（必ず受診された本人が署名してください）

提出した結果は、あなたの健康づくりに役立てるほか補助金を支給するにあたり内容を確認するため健保組合へ頂戴します。家族健診・任継健診・特定健診の結果は健診機関からも健保組合へ送付されます。また平成19年厚生労働省令第140号第44条第2項の規定に基づき国に対し特定健康診査等の実施状況について報告します。この件について同意のうえ、下記にボールペンで署名をお願いいたします。

年 月 日 氏名

## ※組合使用欄

健診対象金額	補助金額	健診金額	特定健診金額
円	円 15,000 ・ 18,000 (円)	円	円
ガン検診対象金額	補助金額	健診金額	
円	円 5,000 ・ 8,000 (円)	円	
電話等連絡日	補助金対象外項目	対象外内容	対象外金額
			円