

様式 第17号

理事長	常務理事	事務局長	課長	副課長	係	支給年月日	年 月 日
						支給決定額	円
						組合員種別	第1種・第2種

がん検診補助金支給申請書（令和 年度）

記号・番号			受診者氏名	組合員との続柄（ ）	
生年月日	昭和・平成 年 月 日 年齢（ ）歳		受診した種類 (支払った検査費用)	1 子宮頸がん (内診及び頸部細胞診) (円) 2 乳がん (マンモグラフィー又はエコー) (円) 3 肺がん (喀痰細胞診) (円)	
受診した日	1 特定健康診査と同日 2 脳・人間ドックと同日 3 節目の脳・人間ドックと同日 4 健康診断と同日 (令和 年 月 日)				
受診した医療機関	(所在地) (名称)				
振込先	銀行・支店名	銀行・信用金庫			支店
	フリガナ 名義人			口座種類 普通・当座	
			口座番号		
上記のとおり別紙証拠書類（領収書）を添えて申請します。					
令和 年 月 日					
〒					
申請人自宅住所 _____					
電話 ()					
申請人氏名 _____ 印					
埼玉県歯科医師国民健康保険組合理事長 様					

(注) 上記の申請ができる対象者及び補助金額は以下のとおりです。

- 特定健康診査、脳・人間ドック、節目の脳・人間ドック及び健康診断のいずれかの健診においてオプションとして受診した場合に限ります。（がん検診単独の補助はしません。）
- 申請書には、領収書（コピー可）を必ず添付してください。申請期限は、令和 年 3 月 31 日まで
- 補助金の金額は、子宮頸がん、乳がん、肺がん共に1項目につき4,000円までです。

※ 保険診療による検査は、補助の対象になりません。