

がん検診補助金申請書[被保険者]

記号 番号	記号		番号					被保険者 氏 名	
所属							社員 コード		
生年月日							かかった費用【領収書添付】		
年 月 日							円		

☆下記年令対象の方に補助金を支給いたします。支払い手続きは、給与へ振込みとなります

【年令は年度末年齢】

検診の種類 (該当に✓を入れる)	対象年齢		補助限度額	補助額
☐ 胃X線検査	40 歳以上 2 年に 1 回	2027 年以降、偶 数年令から隔年実 施になります	10,000円	円
☐ 胃内視鏡検査	50 歳以上 2 年に 1 回		全額健保負担	円
☐ 子宮頸部細胞診	20 歳以上 2 年に 1 回 奇数年令		3,300円	円
☐ マンモグラフィ検査	40 歳以上 2 年に 1 回 偶数年令		5,500円	円

【注意事項】

- ・上記の検診は、社内巡回健診等(契約医療機関)で受けた場合、重複のため補助対象外となります
- ・胃検査については、X線または内視鏡のどちらかが補助対象となります
- ・保険診療で受けた場合は対象外となります

【添付書類】がん検診結果のコピー・領収書(原本)

※以下は記入しないで下さい

本件、領収書を確認・審査しましたので、下記のとおり補助金を支給してよろしいか。			受 付 印
常務理事	担当者	担当者	
支給額 円			