

【がん検診（自治体実施分）】補助金交付申請書

申請日： 年 月 日

下記のとおり必要書類を添付のうえ、申請いたします。

被保険者等の記号

番号

被保険者
社員コード・氏名

現住所	〒 - TEL() -			
がん検診 受診者氏名	被保険者との 続柄	がん検診 受診者の年齢	歳	
受診日	受診方法に○	受診医療機関名	検診項目	検診費用
年 月 日	集団・個別			円
年 月 日	集団・個別			円
年 月 日	集団・個別			円
合計				円

健康保険組合からの補助額
(3,000円を限度)支給額(健保記入欄)
円

【申請前の確認チェック欄】

(注)健康保険を使つての検査や診断によるものは申請できません。

- 各自治体(市町村)で実施される「がん検診」の領収書の原本ですか？(何のがん検診か明記されていれば助かります)
- 自治体のがん検診以外の領収書は含まれていませんか？(例:特定健診のオプション検査(眼底検査など)、歯周病検査、骨密度など)
- 婦人科がん検診は含まれていませんか？ 婦人科がん検診は「婦人科がん検診補助金申請書」を使用して申請してください
- 40歳以上の被保険者・被扶養者の方の申請ですか？(今年度40歳に到達される方を含む)
- 1年度分をまとめて申請していますか？(申請は年度1回限り。★健保の指定する当年度期限日必着のこと)

【上記チェック欄に全てチェックが入りましたら、領収書を貼付のうえ、健保組合に直接提出して下さい】

交付は、被保険者・被扶養者には給与支給日に給与口座に。任意継続被保険者・被扶養者には健保支払日に指定口座に振込みます。

問合せ・送付先

極東開発健康保険組合

〒541-8519 大阪府大阪市中央区淡路町二丁目5番11号 TEL(06)6205-7825

(2024年度版)

【住民がん検診】

【がん検診（自治体実施分）】補助金交付申請書

申請日： 2024年 7月 1日

下記のとおり必要書類を添付のうえ、申請いたします。

被保険者等の記号	100	番号	1000
被保険者 社員コード・氏名	10000	極東太郎	

現住所	〒 541 - 8519 TEL(06) 6205 - 7800 大阪府大阪市中央区淡路町二丁目5番11号				
がん検診 受診者氏名	極東太郎	被保険者との 続柄	本人	がん検診 受診者の年齢	51 歳
受診日	受診方法に○	受診医療機関名	検診項目	検診費用	
2024年 5月 23日	(集団)・個別	中央区保健福祉センター検診施設	肺がん(喀痰とセット)	400円	
2024年 6月 27日	集団・(個別)	大阪がん循環器病予防センター	胃がん(胃内視鏡検査)	1,500円	
年 月 日	集団・個別			円	

合計 1,900円

健康保険組合からの補助額 (3,000円を限度)	支給額(健保記入欄) 1,900円
-----------------------------	----------------------

【申請前の確認チェック欄】 (注)健康保険を使つての検査や診断によるものは申請できません。

- 各自治体(市町村)で実施される「がん検診」の領収書の原本ですか？(何のがん検診か明記されていれば助かります)
- 自治体のがん検診以外の領収書は含まれていませんか？(例:特定健診のオプション検査(眼底検査など)、歯周病検査、骨密度など)
- 婦人科がん検診は含まれていませんか？ 婦人科がん検診は「婦人科がん検診補助金申請書」を使用して申請してください
- 40歳以上の被保険者・被扶養者の方の申請ですか？(今年度40歳に到達される方を含む)
- 1年度分をまとめて申請していますか？(申請は年度1回限り。★健保の指定する当年度期限日必着のこと)

【上記チェック欄に全てチェックが入りましたら、領収書を貼付のうえ、健保組合に直接提出して下さい】

交付は、被保険者・被扶養者には給与支給日に給与口座に。任意継続被保険者・被扶養者には健保支払日に指定口座に振込みます。

貼り付け例

領収書	
中央区保健福祉センター検診施設	
大阪市中央区久太郎町*-*-*	
TEL(06)****-****	
FAX(06)****-****	
2024-05-23 10:18 No.037	
肺がん検診	¥0
肺がん喀痰検診	¥400
合計	¥400
お預り	¥400
おつり	¥0

請求書兼領収書	
大阪がん循環器病予防センター	
大阪市城東区*-*-*	
TEL(06)****-****	
FAX(06)****-****	
受診日	2024-06-27
患者番号	****-1
市委託検診料	
胃がん(胃内視鏡検査)	1500円
おつり	0円