

該当する方にVを入れてください

40歳未満の方(家族は20歳以上)

4月2日以降加入の40歳以上

※決裁	事務長	係	※補助決定額 ¥
			組合員 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/>

受付印

## 平成30年度 各種健診補助金交付申請書

受診者	種別	年齢	保険証記号	保険証番号	
	第1種 <input type="checkbox"/> 第2種 <input type="checkbox"/> 第3種 <input type="checkbox"/> 第4種 <input type="checkbox"/>	組合員 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/>			
受診日	平成 年 月 日	支払金額	円		
受診した 医療機関	名称				
	所在地				
補助 金 振 込 先	金融機関名	銀行 信用金庫	支店番号	支店名	
	預金種類	普通・当座・貯蓄	口座番号	※7桁未満は前に0を記載してください。	
	口座名義	フリガナ			
上記のとおり申請します。 平成 年 月 日		★女性で今回、子宮頸がん検査を受診した場合には <input type="checkbox"/> にチェックVを入れてください。 子宮頸がん(視診、子宮頸部の細胞診及び内診) <input type="checkbox"/>			
次の①から③は補助対象外です	受診者	自宅住所	〒		
①診療に伴う保険適用の健診		連絡先	( )		
②市町村等で既に補助を受けている健診		電話番号	平日の9時から17時に連絡をとれる番号を記入してください。		
③事業主が実施する事業者健診		氏名	Ⓜ		
埼玉県薬剤師国民健康保険組合理事長 様					

### ■ 申請する際は次の事項をよくお読みください。

- 40歳未満の方、あるいは4月2日以降に加入した40歳以上の方を対象に、年度内(4月～3月)1回の健診につき【組合員10,000円 家族7,000円(家族は20歳以上が対象)]を限度に補助します。  
※本年度「受診券」が届いた40歳以上の特定健診対象者は、別様式「特定健診対象者健診補助金交付申請書」で、申請してください。
- 上記の①～③の補助対象外の健診以外であれば、どのような健診(検診)でも構いません。  
※組合員は乳がん検診、子宮体がん検診、胃内視鏡検査等、事業者健診で受けない検査を20歳以上の家族の方は年に1度の健康診断をおすすめします。
- 受診者世帯の種別と組合員・家族欄にチェックVを入れてください。
- ★印の子宮頸がん検査を受診した場合は必ずチェックVを入れてください。(後で国に申請する調査に必要です。)
- 申請時に「領収書(原本)」を必ず添付してください。
- ※印の欄は、組合記入欄ですので記入しないでください。

### ■ 「領収書」及び「補助金振込先口座」についての注意事項

- 「領収書」は原本で《受診者名(フルネーム)、日付、医療機関名、金額、但し書き》が明記されたものをお願いします。  
※但し書きが〈自費負担〉〈保険外診療〉〈文書料〉等は不可、又レシートは不可
- 「領収書」の宛名や補助金の振込先が、会社名や事業主名ですと、〈事業者健診〉と判断せざるをえず補助対象になりません。
- 「領収書」の宛名は必ず受診者氏名、又 補助金振込先は受診者あるいは受診者世帯員の口座をお願いします。