

決裁	事務長	事務次長	係	※交付決定額
				¥
				組合員 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/>

埼玉県薬剤師国民健康保険組合理事長 様

令和5年度 各種健診補助金交付申請書

申請日 令和 年 月 日

受診者氏名	年齢	保険証記号	保険証番号	該当箇所にVを入れてください	
				組合員 <input type="checkbox"/>	第1種 <input type="checkbox"/> 第2種 <input type="checkbox"/>
				家族 <input type="checkbox"/>	第3種 <input type="checkbox"/> 第4種 <input type="checkbox"/>
住所	[][] - [][][][]			連絡先電話番号	()
				平日の9時から17時までに連絡のとれる番号を記載してください。	
受診日	令和 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	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			

- ◆補助対象者
 - ・40歳未満の被保険者(家族は20歳以上)
 - ・R5.4.2以降に加入した40歳以上の被保険者
- ◆補助対象受診期間
R5.4月1日～R6.3月31日
- ◆申請期間
R5.4月～R6.5月15日到着分まで
- *資格喪失後の申請は喪失日から3ヶ月以内のみ受付可

◆女性で該当する方はチェックVを記載してください。
今回、子宮けいがん検査を受けました。

- ◆補助対象とならない健診(検診)
 - 1.診療に伴う保険適用の健診(検診)
 - 2.市区町村が実施する健診(検診)
 - 3.事業主が実施する事業者健診

■ 申請する際の注意事項

- 1 年度内(4月～3月)1回の健診につき組合員1万円・家族7千円を上限として補助します。
- 2 補助対象とならない健診(検診)1～3以外であれば、自らの健康状態に沿う内容を自由に選択して受けてください。
*組合員は、各種がん健診、PET検査、歯科検診、脳ドック、肺ドックなど、職場で受けない検診を20歳以上の家族の方は年に1度の定期健康診断等をおすすめします。
- 3 女性は別枠の子宮頸がん検査の受診した場合は必ずチェックVを入れてください。(国への報告に必要です。)
- 4 申請時に領収書(原本)を必ず添付してください。
- 5 ※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(原本)及び補助金振込先口座についての注意事項

- 1 領収書は、受診者名(フルネーム)・受診年月日・医療機関名・金額・但し書きが明記されたもの。(レシートは不可)
*但し書きが「自費負担」「保険外診療」「文書料」等は不可。医療機関から交付されたらご確認ください。
- 2 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ないため補助対象になりません。
*領収書宛名は受診者氏名、又 補助金振込先は受診者あるいは受診者家族の口座をお願いします。

受付印