

決裁	事務長	事務次長	係	※補助決定額
				¥ 組員□ 家族□

埼玉県薬剤師国民健康保険組合理事長 様

## 令和5年度 がん検診・歯科検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時まで連絡のとれる番号を記載してください。			
どちらを受診したか該当する方の色付き欄に○をつけ必要事項をご記入ください。		受診方法A(受診日 月 日)(医療機関名 )						
		事業者健診(受診日 月 日)(組合への結果提供月 月)						
申請する検診の色付き欄に○を記入		受診日	受診した医療機関名称			支払金額		
補助対象の検診	1胃内視鏡検査	月 日				円		
	2胃X線検査(バリウム検査)	月 日				円		
	3大腸内視鏡検査	月 日				円		
	4便潜血検査	月 日				円		
	5肺X線検査(胸部レントゲン)	月 日				円		
	6子宮頸がん検査	月 日				円		
	7マンモグラフィ検査(乳がん)	月 日				円		
	8歯科検診	月 日				円		
					合計金額	円		
補助金振込先	金融機関名	銀行		支店番号	支店名			
		信用金庫		※7桁未満は前に0を記載してください。				
	預金種類	普通・当座		口座番号				
	口座名義	フリガナ						

- ◆補助対象とならない健診(検診)
  - 1.診療に伴う健診(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

- ◆補助対象者(次の特定健診受診者)
  - ・受診方法A
  - ・事業者健診結果提供者
- ◆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

- 申請する際の注意事項
  - 1 補助対象の検診1から8を受診した場合に年度内(4月～3月)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。  
\*補助額未满是実費額交付
  - 2 各項目を併用受診した場合、申請は一度をお願いします。
  - 3 受診方法Aは、受診月の約2ヶ月後に組合へ届く結果報告を確認してからの手続きとなりますので、交付まで多少お時間を要します。
  - 4 申請する際は「領収書(原本)」を添付してください。

- 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、受診者氏名(フルネーム)・発行年月日・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)  
\*但し書きで補助対象か判断しますので、受診項目1～8の明確な名称が掲載されているものに限りです。

- 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。  
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家族の口座をお願いします。

