

※40歳未満の「事業者健診提供者」も補助対象となります。

決裁	事務長	係	※補助決定額
			¥
			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8年度 がん検診・歯科検診補助金交付申請書

令和 年 月 日

受診者氏名		年齢	被保険者記号	被保険者番号	該当箇所に✓を入れてください (第5種組合員は対象外)	
					第1種 <input type="checkbox"/> 第2種 <input type="checkbox"/> 第3種 <input type="checkbox"/> 第4種 <input type="checkbox"/> 第5種 <input type="checkbox"/>	組合員 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/>
住所	〒			連絡先 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。	
該当の受診日等、 必要事項を記載して 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 項 目	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 乳腺エコー	月 日			円	
	9 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 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歳以上 「受診方法A」での特定健診受診者・事業者健診結果提供者
- ・ 40歳未満 事業者健診結果提供者

### ■ 補助内容

- ・ 補助対象の【検診項目1～9】を年度内(R8年4月1日～R9年3月31日)に受けた場合に、**組合員10,000円・家族7,000円を上限として補助します。(補助額未满是実費)**
- ・ 支払額が補助額以下であれば複数受診可ですが、**申請は年度内1度**をお願いします。
- ・ **市町村実施の検診及び事業者健診での受診は補助対象外(全額自費で受けた検診に対して補助をします。)**

### ■ 申請期間

- ・ 令和8年4月～令和9年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)

### ■ その他

- ・ 受診方法Aは、受診月の約2ヶ月後に組合に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。
- ・ 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)及び補助金振込口座についての注意事項

- ・ 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を判断しますので、検診項目1～9の明確な名称の掲載をお願いします。\***
- ・ 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、**宛名は受診者氏名、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