

# がん検診補助事業申請書

市区町村実施の「がん検診」を受診しましたので、下記の通り申請いたします。

令和 年 月 日

トータルビューティー健康保険組合 御中

申請者の氏名	フリガナ 自署の場合は押印不要 印
電話番号	
被保険者証の記号番号	— (生年月日: 年 月 日)
申請者の住所	〒
申請者の所属事業所名	

がん検診実施の市区町村名	種類	検査項目	検査料 (領収書の金額)
例: 京都府京都市伏見区	例: 胃がん	例: 胃部エックス線	例: 1,000円

領収書の枚数:	検査料合計 (円):
---------	------------

### 【申請上の注意】

- 1) 市区町村「がん検診」補助 (上限5千円) の対象者は、被保険者のみです。
- 2) 申請書は、がん検診 (種類) をまとめて提出してください。
- 3) 申請書には、市区町村の受診案内 (該当の箇所、写し可) と領収書原本を添付してください。
- 4) 受診案内および領収書は、申請書の裏面等に貼付けず添付してください。
- 5) 補助金の支給は、9月末又は3月末となっています。

振 込 先	銀行 信用金庫 信用組合		本店 支店	預金種別 1. 普通 2. 当座 3. その他
	口座 番号	口座名義人 カタカナで記入		

受付印

常務理事		担当