

支給日	令和 年 月 日
支給額	¥

各種健診（健診・人間ドック等）補助金支給申請書

（診療に伴う保険適用の検診は補助対象となりません。）

被保険者 記号・番号		—													
特定健診受診券整理番号 (特定健診対象者のみ記入)															
受診者の氏名				続柄		生年月日				年齢					
				1.組合員（医師） 2.組合員の配偶者 3.准組合員 4.家族（2を除く）		昭和 平成 年 月 日									
受診した施設名称						今回受診した「がん検診」に✓してください。									
所在地						<input type="checkbox"/> 胃がん1（胃内視鏡検査） <input type="checkbox"/> 胃がん2（胃部エックス線検査） <input type="checkbox"/> 肺がん1（胸部エックス線検査） <input type="checkbox"/> 肺がん2 （胸部エックス線検査及び喀痰細胞診） <input type="checkbox"/> 大腸がん（便潜血検査） <input type="checkbox"/> 子宮頸がん （視診、子宮頸部の細胞診及び内診） <input type="checkbox"/> 乳がん（「乳房エックス線検査」もしくは「視触診及び乳房エックス線検査」）									
受診年月日		令和 年 月 日													
支払った金額						円									
振込先	口座 名義人	フリガナ				預金種別		口座番号							
						<input type="checkbox"/> 普通・ <input type="checkbox"/> 当座 該当の□に✓									
		銀行 信用金庫 信用組合		金融機関コード				支店 出張所				支店コード			
健診結果等に関する連絡先		1.事業所		2.その他→TEL		—		—		※申請書類に不備（健診結果の記入もれ等）があった場合の連絡先を指定してください。					
（40 歳以上）上記の者は、当該年度内に特定健診受診券、事業者健診データ提供協力を利用 しませんので、補助金の支給を申請します。 （40 歳未満）上記のとおり補助金の支給を申請します。 令和 年 月 日 <div style="text-align: right;"> 住所 組合員 （医師）氏名 TEL </div> 埼玉県医師国民健康保険組合理事長 様															

- （注 1） 太枠の中をもれなくご記入ください。
- （注 2） 申請は、受診した当該年度内にお願いたします。（提出期限：翌年度 8 月末日必着）
- （注 3） 原則、埼玉県内の医療機関で受診ください。
- （注 4） 領収書（原本）は、『受診者名、日付、医療機関名、金額、但し書き』が明記されているもの限り、レシートは不可とします。

- 【40 歳以上】**
- ・申請書に、「受診者名義の領収書（原本）」、「健康診査項目（結果表のコピーは不可）」、「問診票」を必ず添付してください。
 - ・「健康診査項目」、「問診票」は、すべての項目の記入が必須です。
- 【40 歳未満】（年度内に 40 歳を迎える方を除く）**
- ・申請書に、「受診者名義の領収書（原本）」を必ず添付してください。