

ガン検診補助申請書

徳島建設産業国保組合 理事長殿

下記の通り、ガン検診補助を申請します。 申請年月日 年 月 日

保険証 記号番号	徳産国 —	組合員名	
住所			

今回申請するガン検診受診者について記入してください。

受診者名			続柄	
受診日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	
検診の種類	1. 胃ガン検診 2. 肺ガン検診 3. 大腸ガン検診 4. 乳ガン検診 5. 子宮ガン検診 6. 前立腺ガン検診			
受診した検診				
自己負担額	円		円	
医療機関名				
検査結果	1. 異常なし 2. 要治療		1. 異常なし 2. 要治療	
受取人の組合員さんの口座	先に届出のあった郵便貯金口座に振り込みます。 未登録の方は、別紙「郵便貯金口座届」に記入して下さい			

※助成要綱	◎全被保険者を対象に各種ガン検診を受けた方に、各補助金限度額までの実費分を 年度1回に限り補助します。
	◎健康保険でかかっている場合は、補助の対象となりません。
※助成要綱	◎ガン検診補助を申請する時 受診日・病院名・検査項目・受診者名の明記されている 領収書(原本)を必ず添付してください。
	※領収書原本の添付がない場合は支給できません。
	添付された書類はお返しできません。また複写、転記 持ち出し等を行いません。補助金支給以外の目的での 使用はいたしません。
	補助限度額 胃ガン検診 5,000円 肺ガン検診 5,000円 大腸ガン検診 1,000円 乳ガン検診 2,000円 子宮ガン検診 2,000円 前立腺ガン検診 2,000円 (2025年4月1日から2,500円)

承認決裁	事務局長	事務長	給付	支部	決定金額	円
						円
						円