

がん検査（乳がん検査・子宮がん検査・前立腺がん検査）を受診しましたので、補助金を申請します。

がん検査 補助金申請書

（被保険者が記入するところ）

被保険者証の		被保険者の氏名		フリガナ	
記号	番号			印	
被保険者の住所		TEL - -			
受診者	氏名	生年月日	昭和 平成	年 月 日	被保険者との続柄
受診医療機関名	名称				
	所在地				
受診日	年 月 日				
検査項目	補助申請する検査に○をつけてください				自己負担金 (検査費用)
	乳がん検査 (いずれか1つ)	超音波検査	マンモグラフィ検査	円	
	子宮がん検査 (いずれか1つ)	子宮頸部細胞診検査	子宮体がん検査	乳がん検査と子宮がん検査がセット料金の場合、合計額をこの欄に記載 円	
		超音波検査			
前立腺がん検査	PSA検査		円		
補助金支給方法	当月25日までに当健保組合に到着した分（補助金申請書）を、翌月25日に各事業所経由で支給します。				

下記の内容を満たした領収書（原本）を裏面にのり付けし、当健保組合または各事業所健保担当者へ提出してください。

受診者の氏名、受診年月日、検査項目（超音波・マンモグラフィ・子宮頸部細胞診・子宮体がん・PSA）と検査項目ごとの金額が記載してあること。
（乳がん検査と子宮がん検査がセット料金で検査項目ごとの金額が不明な場合は、子宮がん検査を2,000円とみなします）

（健保・事業所使用欄）

補助支給額	乳がん				円	理事長	常務理事	事務長	担当者
	子宮がん								
	PSA								
事業所受付年月日 及び担当者氏名	健保受付年月日		支払年月日		備考				

【乳がん検査】 対象：35歳以上の被保険者及び被扶養者 補助金額：上限4,000円（検査費用が4,000円未満の場合は実費）
 【子宮がん検査】 対象：被保険者及び被扶養者 補助金額：上限2,000円（検査費用が2,000円未満の場合は実費）
 【前立腺がん検査】 対象：50歳以上の被保険者及び被扶養者 補助金額：上限1,000円（検査費用が1,000円未満の場合は実費）
 ご注意！「共同・全国巡回健診」「各事業所が実施する乳がん検査」「健康保険証を使用した治療目的の検査」は、補助の対象外です。