

市町村住民検診 補助金申請書

(被保険者が記入するところ)

被保険者証の		フリガナ	
記号	番号	被保険者の氏名	
被保険者の住所		TEL	
受診者の氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
検診を受けた医療機関名	名称	被保険者との続柄	
	所在地		
受診日	令和 年 月 日	検診に要した費用の額	円
受診項目	成人（基本）検診 ・ 胃がん検診 ・ 大腸がん検診		
補助金支給方法	※ 申請書を提出された月の翌月末までに事業所を経由して補助金を支給します。		

令和 年 月 日提出

(添付書類)

・ 検診結果表の写しと領収書（原本）

※ 申請書裏面に添付書類をのり付けし、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。

(健保・事業所使用欄)

受診項目	①成人（基本）検診 ②胃がん検診 ③大腸がん検診									
補助金支給額						円	理事長	常務理事	事務長	担当者
事業所受付年月日	健保受付年月日		支払年月日				備考			

オークマ健康保険組合