

がん検診補助金支給申請書

※太枠の中をご記入ください

被保険者証記号・番号	全歯	—	受診者氏名	
生年月日	年	月	日	続柄
			検診受診日年齢	歳

検診種類 ※1と2のいずれか一つ	※番号	項目	検査方法	対象年齢	補助上限額
	1-1	胃がん1※	胃内視鏡検査	50歳以上	8,900 円
	1-2	胃がん2※	胃部エックス線検査	40歳以上	6,400 円
	2	子宮頸がん	視診、子宮頸部の細胞診及び内診	20歳以上	3,400 円
	3-1	肺がん1※	胸部エックス線検査	40歳以上	1,800 円
	3-2	肺がん2※	胸部エックス線検査及び喀痰細胞診	40歳以上	3,100 円
	4	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	40歳以上	4,200 円
	5	大腸がん	便潜血検査	40歳以上	1,300 円

受診したがん検診	番号 ※上記参照	受診日	受診医療機関名	領収書額	前年度検診受診
	1-()	年 月 日		円	有・無
	2	年 月 日		円	有・無
	3-()	年 月 日		円	有・無
	4	年 月 日		円	有・無
	5	年 月 日		円	有・無
計				円	

組合員の口座をご記入下さい	(フリガナ)				
	金融機関名	銀行・信金 信組・農協			支店 出張所
	口座種別	普通・当座	口座番号		
	(フリガナ)				
	口座名義				

上記のとおりがん検診の検査内容・金額がわかる領収書を添付して申請いたします。

年 月 日

郵便番号 —

申請者 (組合員) 住 所

氏 名

印 ※ 自署の場合は押印省略可

電話番号 (— —)

全国歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

注意1： 領収書は各がん検診の検査方法と検査金額が記載されていないと不支給となります。

注意2： 検診を受ける期間は、当該年度の4月1日から翌年3月31日まで。

注意3： 申請期限は、当該事業年度の終了した年の3月末日支部事務所必着。

注意4： 全額自費による検査の場合のみ支給対象。

支給金額	係
	円



支部長	支部常務	係

