

(被保険者) がん検診補助金申請書

被保険者等 記号・番号	記号	番 号		受診者氏名	
				生年月日	(和暦) 年 月 日
受診した検診に ☒ する	費 用		受診日 現在の年齢	検診機関名	検診方法は下記のいずれかに限定 該当するものに ☒ をする
☐ 胃がん (40歳以上)	円		歳		☐ ① 胃X線検査 ☐ ② 胃内視鏡検査 ☐ ③ ペプシノゲン法 ☐ ④ ヘリコバクターピロリ抗体検査
	検診日	令和 年 月 日			
☐ 大腸がん (40歳以上)	円		歳		☐ ① 便潜血検査 ☐ ② S状結腸内視鏡検査 ☐ ③ 全大腸内視鏡検査 ☐ ④ 注腸X線検査
	検診日	令和 年 月 日			
☐ 肺がん (40歳以上)	円		歳		☐ ① 胸部X線検査 ☐ ② 胸部X線検査と 喀痰細胞診併用法（喫煙者） ☐ ③ 低線量CT
	検診日	令和 年 月 日			
☐ 乳がん (40歳以上)	円		歳		☐ ① マンモグラフィ検査（3D含む） ☐ ② 超音波検査 ☐ ③ 視触診
	検診日	令和 年 月 日			
☐ 子宮頸がん (20歳以上)	円		歳		☐ ① 細胞診（従来法・液体検体法） ☐ ② ヒトパピローマウイルス検査
	検診日	令和 年 月 日			
検査費用計 (全ての領収書合計金額と比較)	円（ 枚）		※ 補助上限金額は7,000円です		

上記の通り、領収書（原本）、医療明細書を添付して請求いたします。

注意事項

※保険診療（3割自己負担）分は対象外	
受 診 期 間：1年間（4月1日～翌年3月31日）	
対 象 者：検診受診日現在、各検診の対象年齢に達している被保険者	
申 請 回 数：各がん検診費用を1回にまとめて申請して下さい。受診者1名につき1枚提出	
申 請 方 法：申請書と領収書（原本）、医療明細書等（検査方法が明記されたもの。コピー可）をご提出下さい。	
支 払 方 法：月末締切、翌月末にご指定の金融機関に振込。	

令和 年 月 日

愛知陸運健康保険組合理事長 殿

被保険者住所
電話番号
被保険者氏名
支払金融機関
裏面に記入してください。

愛 知 陸 運 健 康 保 険 組 合 記 入 欄					
検診費用	円	上限額	7,000円	補助金支給額	円
支給決定 及び 支払伺	常務理事	担当	支 払 年 月 日		
			令和 年 月 日		

申請者に対する支払い金融機関

金融機関名	金融機関コード	※	:	:	:	:	店番コード	※	:	:	:	:	口座 種類	1 普通
	銀行 農協 金庫 信組						本店 支店 出張所				2 当座 3 その他 ()			
口座番号							口座名義	フリガナ						

◎ 〔※〕印欄（金融機関コード・店番コード）は健康保険組合が使用する欄です。