

がん検診補助額請求書

【健保使用欄】

【注意事項】

本請求書は被保険者(社員)が記入し、以下①②添付の上、健保へ提出する

- ① 健診結果のコピー(裏紙 NG)
 - ② 受診者名・料金明細が記載されている領収書の原本
- ※市町村検診・保険診療扱いの検診は対象外

肺がん	円
前立腺がん	円
乳がん	円
子宮頸がん	円
子宮体がん	円
支給金額	円

【対象者】 ※各検診の補助は年度で1回です

	検査内容	対象者(基準日:請求年度の末日)
肺がん	肺ヘリカルCT	19歳以上の被保険者・被扶養者
前立腺がん	PSA	50歳以上の被保険者
乳がん	超音波・マンモグラフィ	20歳以上の被保険者・被扶養配偶者
子宮頸がん	頸部細胞診、HPV検査	20歳以上の被保険者・被扶養配偶者
子宮体がん	体部細胞診、経膈超音波検査	40歳以上の被保険者・被扶養配偶者



保険証情報の
確認方法はこちら

——— 住友理工健康保険組合 御中

下記のとおり請求します———

請求日	令和 年 月 日	保険証の 記号番号※1	記号	番号
被保険者氏名 (請求者)		生年月日	昭和 平成	年 月 日
住 所	〒 -			
事業所名		所属部署名	(連絡先)	

※二重枠内 受診者が被扶養者の場合は記入

※受診者名		生年 月日	昭和 平成	年 月 日	続柄
-------	--	----------	----------	-------	----

受診日	令和 年 月 日	健診機関	
健診料金 (消費税込)	(補助額上限:8,000円)		(補助額上限:2,000円)
	肺がん 円	前立腺がん 円	
	(補助額上限:5,000円)		(補助額上限:3,000円)
	乳がん 円	子宮頸がん 円	
*補助額を超える分 は自己負担です	(補助額上限:3,000円)		(小牧市民病院など両方含まれる検診の場合はこちらに金額記入)
	子宮体がん 円	子宮体がん・頸がんセット 円	

【不備がある場合、振込できないため必ずご記入ください】※銀行名・支店名記入し、対象金融機関に○をつける

振込先金融機関	銀行・信用金庫・農協・労働金庫・その他()	本店・支店
預金種別	普通・その他()	フリガナ
口座番号	(請求者)	

●補助額の受領を請求者以外の者に委任する場合は、下記の委任状欄をご記入ください。

委任状	上記補助金の受領を に委任します。
	令和 年 月 日 請求者氏名

◆提出期限は翌年度4月15日(休日の場合は前稼働日)(3月受診でも4/15が期限です)