



特定健診受診券で受診した(する)方、事業者健診データの提供協力をした(する)方は、重複請求になりますので各種健診補助の申請はご遠慮ください。

事務局使用欄

支給日	令和 年 月 日
支給額	¥

銀行		支店					
口座番号	普通 ・ 当座						
名義	フリガナ						

各種健診（健診・人間ドック等）補助金支給申請書

（診療に伴う保険適用の検診は補助対象となりません。）

被保険者証 記号・番号				—									
特定健診受診券整理番号 （特定健診対象者のみ記入）													
受診者の氏名				続柄		生年月日				年齢			
				1.組合員（医師） 2.組合員の配偶者 3.准組合員 4.家族（2を除く）		昭和 平成 年 月 日							
受診した施設名称						今回受診した「がん検診」に✓してください。 <input type="checkbox"/> 胃がん1（胃内視鏡検査） <input type="checkbox"/> 胃がん2（胃部エックス線検査） <input type="checkbox"/> 肺がん1（胸部エックス線検査） <input type="checkbox"/> 肺がん2 （胸部エックス線検査及び喀痰細胞診） <input type="checkbox"/> 大腸がん（便潜血検査） <input type="checkbox"/> 子宮頸がん （視診、子宮頸部の細胞診及び内診） <input type="checkbox"/> 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」）							
所在地													
受診年月日	令和	年	月	日									
支払った金額						円							
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 住所 組合員 （医師） 氏名 TEL 埼玉県医師国民健康保険組合理事長 様													

- （注1） 太枠の中をもれなくご記入ください。
- （注2） 申請は、受診した当該年度内をお願いいたします。（最終提出期限：翌年度8月末日必着）
- （注3） 原則、埼玉県内の医療機関で受診ください。（40歳未満の場合、自家健診も補助対象です。）
- （注4） 領収書（原本）は、『受診者名、日付、医療機関名、金額、但し書き』が明記されているもの限り、レシートは不可とします。

【40歳以上】

- ・申請書に、「領収書（原本）」、「健康診査項目（結果のコピーは不可）」、「問診票」を必ず添付してください。
- ・「健康診査項目」、「問診票」は、すべての項目の記入が必須です。

【40歳未満】

- ・申請書に、「領収書（原本）」を必ず添付してください。