

注 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。

記入例

支給日	令和 年 月 日
支給額	ゆうちょ銀行を指定する場合は 必ず振込用の支店名(漢数字3ケタ)を 確認してから記入してください。

〇〇〇 銀行 〇〇 支店	
口座番号	普通 ・ 当座
	1 2 3 4 5 6 7
名義	フリガナ コクホ タロウ
	国保 太郎

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	1 2 3 - 1 2 3 4 5 6 7 8
特定健診受診券整理番号 (特定健診対象者のみ記入)	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇
受診者の氏名	続柄 生年月日 年齢
国保太郎	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)
受診した施設名称	〇〇総合病院
所在地	〇〇市〇〇3丁目〇-〇〇
受診年月日	令和〇〇年 〇月〇日
支払った金額	〇〇,〇〇〇 円
今回受診した「がん検診」に✓してください。 <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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」)	

上記のとおり申請します。
令和〇〇年 〇月〇日

組合員欄には医師である組合員の記名等が必須です。
准組合員や家族の名前では受付出来ません。

住所 〇〇市〇〇1丁目〇-〇
氏名 国保 太郎
TEL 000-000-0000

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。