

# がん検診助成金申請書

支給決定額	円
-------	---

- ◎ 太線枠内に1人ずつご記入ください。2箇所以上の医療機関で受診した時は、医療機関ごとにご記入ください。
- ◎ 「がん検診結果票（コピー）」、「領収書（コピー）」を添付して申請してください。
- ◎ 特定健診、基本健診または事業主健診を受診していない場合は、がん検診の助成は受けられません。（後期医師組合員を除く）

被保険者証記号・番号		受診者氏名・フリガナ	領収書金額	支給金額
記号	番号		円	円
がん検診を受診した医療機関名称及び受診日		受診日：令和 年 月 日		胃内・胃エ・肺・大腸 乳エ・乳マ・子宮・前立
基本健診、特定健診、または事業主健診を受診した医療機関名称及び受診日		※受診確認のため、必ずご記入ください。 受診日：令和 年 月 日		基本・特定・事業主 1・21・22・3・4・5・7

※裏面にも記入ができます。

被保険者証記号・番号		受診者氏名・フリガナ	領収書金額	支給金額
記号	番号		円	円
がん検診を受診した医療機関名称及び受診日		受診日：令和 年 月 日		胃内・胃エ・肺・大腸 乳エ・乳マ・子宮・前立
基本健診、特定健診、または事業主健診を受診した医療機関名称及び受診日		※受診確認のため、必ずご記入ください。 受診日：令和 年 月 日		基本・特定・事業主 1・21・22・3・4・5・7

被保険者証記号・番号		受診者氏名・フリガナ	領収書金額	支給金額
記号	番号		円	円
がん検診を受診した医療機関名称及び受診日		受診日：令和 年 月 日		胃内・胃エ・肺・大腸 乳エ・乳マ・子宮・前立
基本健診、特定健診、または事業主健診を受診した医療機関名称及び受診日		※受診確認のため、必ずご記入ください。 受診日：令和 年 月 日		基本・特定・事業主 1・21・22・3・4・5・7

振込希望 金融機関	1. 長崎県医師信用組合本店		フリガナ	
	2. 銀行		支店	
	1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄	口座番号	口座名義 （組合員名義 または 事業所名義）	

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住所 \_\_\_\_\_  
組合員 氏名 \_\_\_\_\_ (印)

長崎県医師国民健康保険組合理事長 殿