

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 | | 口座名義 組合員名義 または 事業所名義 | |
| | 1. 普通 | 2. 当座 | | 口座番号 |

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