

家族ガン検診 補助金申請書

被 保 険 者	所 属 事 業 所		常務理事			事務長			担当者		
	記 号 ・ 番 号	28									
	氏 名									印	

支 給 決 定 日				支 給 額			
				円			

【申請内訳】

受 診 者 名	続 柄	種 類 名	受 診 日	金 額	補 助 額
	才	胃・肺・大腸・肝臓 子宮・乳房・()	令和 年 月 日		円
	才	胃・肺・大腸・肝臓 子宮・乳房・()	令和 年 月 日		円
	才	胃・肺・大腸・肝臓 子宮・乳房・()	令和 年 月 日		円

申 請 者 委 任 欄	上記のとおり申請します。 なお、給付金の受領は事業主に委任します。 令和 年 月 日 被保険者氏名 印				
-------------	---	--	--	--	--

領 収 証

殿

円

家 族 ガ ン 検 診 による上記金額を受領しました。

令和 年 月 日

医 療 機 関 住 所
医 療 機 関 氏 名
代 表 者 氏 名

印

■ 年度年齢35歳以上の被扶養者(人間ドック受診者を除く)のみ申請ができます。
■ 領収証は、下記項目が記載された原本を添付してください。
①種類名(例:乳ガン・子宮ガン等) ②医療機関名・印 ③受診日 ④受診者名 ⑤金額