|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 理事長 | 常務理事 | 事務局長 | 課長 | 副課長 | 係 |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 支給年月日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 支給決定額 | 円 |
| 組合員種別 | 第1種　・　第2種 |

様式　第17号

**がん検診補助金支給申請書（令和元年度）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証記号･番号 |  | 受診者氏名 | 組合員との続柄（　　　　） |
| 生年月日 | 昭和・平成年　　月　　日年齢（　　　）歳 | 受診した種類(支払った検査費用) | １　子宮頸がん（内診及び頸部細胞診）（　　　　　　　　　　　円）２　乳がん（マンモグラフィー又はエコー）（　　　　　　　　　　　円）３　肺がん（喀痰細胞診）（　　　　　　　　　　　円） |
| 受診した日 | １　特定健康診査と同日２　脳・人間ドックと同日３　節目の脳・人間ドックと同日４　健康診断と同日（H・R　　年　　月　　日） |
| 受診した医療機関 | （所在地）（名　称） |
| 振込先 | 銀行・支店名 | 　　　　　　　　　銀行・信用金庫　　　　　　　　　　支店 |
| フリガナ名 義 人 |  | 口座種類 | 普通　・　当座 |
| 口座番号 |  |
| 上記のとおり別紙証拠書類（領収書）を添えて申請します。　　令和　　年　　月　　日　　　　　　　　　　 〒申請人自宅住所 電話　　　　（　　　）申請人氏名　　　　　　　　　　　　　　 　　　印**埼玉県歯科医師国民健康保険組合理事長　様** |

**（注）上記の申請ができる対象者及び補助金額は以下のとおりです。**

1　特定健康診査、脳・人間ドック、節目の脳・人間ドック及び健康診断のいずれかの健診において

オプションとして受診した場合に限ります。**（がん検診単独の補助はしません。）**

2　申請書には、領収書（原本）を必ず添付してください。**申請期限は、令和2年3月31日まで**

3　補助金の金額は、子宮頸がん、乳がん、肺がん共に1項目につき4,000円までです。

**※　保険診療による検査は、補助の対象になりません。**