



家族健診・任継健診・ガン検診補助金請求書

※尿検査等（P4の特定健診項目）を省略した場合は補助金の支給対象外です。

被保険者の	事業所名	信用金庫・任継	保険証 記号・番号	—
	氏名		電話番号	() —
受診者の	氏名	続柄 ()	生年月日	年 月 日 (歳)

※①「補助金請求書」②「領収書の原本」③「健診結果票全項目の北-」の順にホチキスでとめてご請求ください
(領収書には記号・番号・氏名を記入してください。)

家族健診(特定健診)・任継健診を受診した方 (補助金上限15,000円)			
病院名		基本健診の受診年月日	年 月 日
受診したガン検診に○印をつけてください	・胃ガン ・マンモグラフィー	・大腸ガン ・乳ガン超音波	・子宮ガン
支払金額合計			円

※①「補助金請求書」②「特定健診問診票」③「領収書の原本」④「健診結果票全項目の北-」の順にホチキスでとめてご請求ください。(領収書には記号・番号・氏名を記入してください。)

ガン検診のみ請求する方 (P8参照) (補助金上限5,000円)			
病院・市町村名		受診年月日	年 月 日
受診したガン検診に○印をつけてください	・胃ガン ・マンモグラフィー	・大腸ガン ・乳ガン超音波	・子宮ガン
支払金額合計			円

同意書 (必ず受診された本人が署名してください)

提出した結果は、あなたの健康づくりに役立てるほか補助金を支給するにあたり内容を確認するため健保組合へ頂戴します。また家族健診・任継健診・特定健診の結果は健診機関からも健保組合へ送付されます。この件について同意のうえ、下記にボールペンで署名をお願いいたします。

年 月 日 氏名

※組合使用欄

家族健診・任継健診対象金額	補助金額	健診金額	特定健診金額
円	円	15,000円	円
ガン検診対象金額	補助金額	健診金額	
円	円	5,000円	円
電話等連絡日	補助金対象外項目	対象外内容	対象外金額
			円