

# がん検診補助事業申請書

市区町村実施の「がん検診」を受診しましたので、下記の通り申請いたします。

平成 年 月 日

トータルビューティー健康保険組合 御中

申請者の氏名	フリガナ
電話番号	
被保険者証の記号番号	— (生年月日: 年 月 日)
申請者の住所	〒
申請者の所属事業所名	

がん検診実施の市区町村名	種 類	検査項目	検査料 (領収書の金額)
例：京都府京都市伏見区	例：胃がん	例：胃部エックス線	例：1,000円
領収書の枚数：	検査料合計（円）：		

**【申請上の注意】**

- 1) 市区町村「がん検診」補助（上限5千円）の対象者は、被保険者のみです。
- 2) 申請書は、がん検診（種類）をまとめて提出してください。
- 3) 申請書には、市区町村の受診案内（該当の箇所、写し可）と領収書原本を添付してください。
- 4) 受診案内および領収書は、申請書の裏面等に貼付けず添付してください。
- 5) 補助金の支給は、9月末又は3月末となっています。

振 込 先	銀行 信用金庫 信用組合		本店 支店		1. 普通 2. 当座 3. その他		
	口座 番号	口座名義人 カタカナで記入					

受 付 印

常務理事		担当