

がん検診・婦人科検診受診料補助申請書

デンカ健康保険組合			
常務理事	事務長	担当	決定補助額等
健康保険組合 記載			

補助対象者： 被保険者及び被扶養者 ※ 受診日時点。年齢不問。
補助の流れ： ①受診料を全額お支払い下さい。
②当申請書に領収書(写し不可)を添え、各事業所担当部門に提出して下さい。
※ 領収書に健診項目が記載されていない場合は診療明細書等を添付して下さい。
③受診料(税込)を全額補助します。
※ 但し、がん検診と婦人科検診を合算し、1人当たり30,000円(税込)/年度を上限とします。
※ 保険証を使用した検診は当該補助の対象外です。

デンカ健康保険組合 理事長 殿

勤務先の名称 (例:〇〇株式会社)
退職者、任意継続の方は記入不要

下記の通り申請し、給付金の受領方を()に委任します。

令和 〇 年 〇〇 月 〇〇 日

事業所	勤務先の名称 (例:〇〇工場)	所属	所属があれば所属名称 (例:〇〇部〇〇課〇〇係)				
被保険者証 記号・番号	〇・〇〇〇〇〇	被保険者 氏名	〇〇 〇〇				
振込先 金融機関 <small>※従業員の方は給与 にてお支払致します。</small>	口座		退職者、任意継続の方はご記入ください				
受診者氏名	〇〇 〇〇	続柄	続柄	生年月日	〇〇.〇〇.〇〇 (例:R5.1.14)	満 齢	〇〇 歳
検診機関名	健診施設名など			受診年月日	令和 〇. 〇〇. 〇〇		
検診部位(〇印)	検診料 (税込)	補助対象の検診項目					
胃・食道	円	胃部X線, 食道・胃内視鏡, ABC検診					
大腸	円	便潜血, 大腸内視鏡, 大腸CT, 大腸X線					
肝臓・胆嚢・膵臓・腎臓	円	腫瘍マーカー(CA19-9), 肝炎ウイルス検査, 腹部超音波, 腫瘍マーカー(AFP)					
肺	円	受講項目に〇を付けて金額をご確認ください					
乳房	円	乳腺超音波, 乳房検診					
子宮	円	子宮細胞診(頸部・体部), ヒトパピローマウイルス(HPV)検査					
卵巣	円	腫瘍マーカー(CA125), 経膈超音波					
前立腺	円	腫瘍マーカー(PSA)					
全身(非特定)	円	腫瘍マーカー(CEA), PET/CT					
検診料合計(税込)	〇〇〇〇 円						