

支払決定年月日	平成	年	月	日	決定金額	受診年月日
常務理事	事務長	課長	係			自平成
						年
						月
						日
					備考	

## 各種検診補助金請求書

下記のとおり申請いたします。

平成 年 月 日

□□□-□□□□

住所  
被保険者 氏名

®

神戸貿易健康保険組合理事長 様

健康保険 被保険者証	記号	番号		
受診者	氏名	生年月日	昭和 平成	年 月 日
受診年月日	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	受診費用	合計	円
検診を受けた 病院等	所在地			
	名称			
該当する検診内容 □に✓を記入	<input type="checkbox"/> 大腸がん検診 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診 <input type="checkbox"/> 歯周病リスク検診	→	<input type="checkbox"/> 人間ドック・健康診断受診時にオプション検査(自費)として受診 <input type="checkbox"/> 単独で受診 <input type="checkbox"/> その他	

振込先指定口座	銀行		支店	預金種別	普通 ・ 当座
	口座番号			フリガナ	
				口座名義	

**補助金申請にあたっての注意事項です。必ずお読みください。**

- ・健診補助金の対象者ならびに補助額は、以下のとおりです。
 

大腸がん検診	40歳以上の被保険者・被扶養者	組合補助額上限	1,400円
子宮頸がん検診	20歳以上の女性被保険者・被扶養者	組合補助額上限	2,000円
歯周病リスク検診	40歳以上の被保険者・被扶養者	組合補助額上限	1,600円

**補助金請求にあたっては、領収書の原本を添付してください。**

- 既に当組合に人間ドック・各種健診補助金等の請求を行い、領収書の原本を提出している場合は、その旨連絡願います。
- 補助金支給にあたり、当組合が実施する検診内容と著しく異なる場合は補助金が支給されない場合がございます。
- 補助金支給にあたり、検査内容や検査結果のお問い合わせをすることがございます。
- 振込先指定口座は被保険者様の口座を記入ください。