


40歳以上被保険者

## 生活習慣病予防健康診査 補助金申請書

添付書類

- ①領収書（原本）
- ②明細書（コピー）
- ③健診結果（コピー）
- ④質問票

事業所所在地	
事業所名所	
事業主氏名	
電話	

振込先

口座名義人 (カナで記入)	銀行		本店	種別	口座番号			
	信用組合			支店	当座			
	信用組			普通				

健診 月日	保険証 番号	氏名	年齢	コース(上部消化管X線)		婦人科検診				がん検診(どれか一つ)			補助金額 ※健保使用欄	
				A2(しない)	B(する)	子宮頸がん	乳房超音波	乳房マンモ	乳房超音波 乳房マンモ	便潜血 (大腸がん)	上部消化管 X線	PSA (50歳以上)		
4/24	1	山田 花子	45		19,976	3,388				8,030				
/														
/														
/														
/														
/														
/														
/														
/														

注意

受付印

がん検診について

A2(上部消化管X線しない)は3つの中からどれか一つ、B(上部消化管X線する)は便潜血かPSAのどちらか一つの補助になります。