

常務理事	事務長	課長	担当者

オプション検査補助金申請書（被扶養者・任継用）

申請額 _____ 円

受診日（西暦） _____ 年 _____ 月 _____ 日

1. 受診券の使用有無に☑を入れてください

☐ 受診券使用有り

☐ 使用なし

2. 補助金を申請する受診済検査項目へ必ず☑を入れてください

検査項目	補助対象年齢	補助額
☐ 乳がん検査 （女性のみ）	全年齢	全額補助 ※原則、年 1 回（1 検査項目）となります。 ＜腫瘍マーカー検査、乳房超音波検査、マンモグラフィ検査の いずれか1検査項目となります。＞
☐ 子宮がん検査	20 歳以上	検査項目数に関わらず 総額上限 5,000 円 ＜年齢は年度末（3 月 31 日）における年齢となります。＞ ※自己負担額が 5,000 円未満の場合は、 自己負担額が補助額となります。
☐ 肺がん検査	40 歳以上	
☐ 胃がん検査		
☐ 大腸がん検査		
☐ 前立腺がん検査	50 歳以上	

フリガナ

申請者氏名 _____

電話番号 _____

※申請者氏名は、受診者の氏名を記入してください

保険証番号 記号 _____

番号 _____

金融機関名 _____ 銀行

銀行コード

--	--	--	--

_____ 支店

支店コード

--	--	--

口座番号 普通・当座

No. (右づめ)

--	--	--	--	--	--	--

○振込依頼口座名義は申請者と同一名義であることをご確認ください

※オプション検査補助と人間ドック補助は同一年度に重複して申請することはできません
年度内にどちらか1回のみご利用いただけます