決裁	理事長	常務理事	事務局長	係　長	主　任	担当者

伺　下記のとおり助成してよろしいか。

（款）保健事業	（項）保健事業	（目）疾病予防活動費	（節）負担金補助及交付金

がん検診等助成金申請書

・各種がん検診（腫瘍マーカーは対象外）
・胸部X線検査
・肺炎球菌予防接種（65歳以上）
・子宮頸がん予防接種

いずれかの検診を全額自己負担で受診された場合
検査項目ごとに1,500円を限度に助成します。

※

被保険者証記号番号	建国			－						種別	がん検診助成金

枝番	受診者名	検診にかかった費用の合計	医療機関名	検査項目
		円		
		円		
		円		
合計		円		

医療機関へのお願い

◎お手数ですが、検診及び予防接種を受診した者の個々の氏名・検査項目・金額をご記入ください。

医療機関の証明欄

必ず医療機関がご記入ください。
（内訳）

受診者の氏名	検査項目	金額
		円
		円
		円

がん検診等領収書

円

左記の者に対する費用を領収いたしました。
年　月　日

医療機関（所在地）
（名称）

※

上記のとおり、がん検診等を受診したので申請します。
大阪建設国民健康保険組合理事長　殿

年　月　日（申請される日付を記入してください）

組合員　住所
氏名

送金方法に☑チェックしてください

☐ ゆうちょ銀行（振込手数料はかかりません。）

ゆうちょ銀行	通帳記号	通帳番号（右詰めでご記入ください。）
	1　0	1
フリガナ		
おなまえ【組合員本人に限る】		

☐ ゆうちょ銀行以外の銀行（振込手数料は差引いて振込みます。）

銀行名	銀行　・信用金庫	支店
預金種類	普　・当座　・（　　）	口座番号
フリガナ		
おなまえ【組合員本人に限る】		

☐ 支部窓口

組合記載欄	支給日　年　月　日　決定額　¥

（注意事項）　・※がついている太枠に必要事項を記入してください。
・上記の医療機関の証明または、領収書（原本）を添付してください。