

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		
	大建 花子	3,000 円		〇〇クリニック			腫瘍マーカー		
		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			がん検診等領収書
必ず医療機関をご記入ください。 (内訳)			円
受診者の氏名	検査項目	金額	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)
		円	
		円	

※ 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  ○〇年 ××月 △△日(申請される日付を記入してください)  住所 大阪市浪速区敷津西2丁目14番22号 組合員 氏名 大建 太郎
--

送金方法に ☑ チェックしてください	<input type="checkbox"/> 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】		
<input type="checkbox"/> 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】			
<input type="checkbox"/> 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な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。