

市区町村(がん)検診補助について

お住まいの市区町村が実施するがん検診の自己負担金を補助いたします。
各検診の対象年齢の方は、下記要領にてご利用ください。

記

1. 対 象 者 当組合加入者
※ 各検診の対象年齢は、市区町村によって異なります。
 受診希望の方は、お住まいの市区町村にお問い合わせください。
※人間ドックや健康診断ですでに受けたがん検診は対象外となります。
2. 利用できる 市区町村からの案内による、胃がん／大腸がん／乳がん／子宮がん
 検査項目 ．／その他のがん検診（★オプション検査は支給対象外となります）
3. 利 用 期 間 毎年度（4月 1日 ～3月31日受診分）
※ 補助金支給申請は、4月15日までにご提出ください。
4. 申 請 手 続 受診後『市区町村(がん)検診利用補助金支給申請書』へご記入・ご捺
 印の上、領収書（原本）を添付して当組合へ提出してください。
※ 保険者証を使用しての健康診断、市区町村検診の再検査については自
 己負担となります。

市町村(がん)検診利用補助金支給申請書

特種東海健康保険組合 御中

令和 年 月 日提出

被保険者	保険証 記号—番号	—	所 属	
	氏 名	⑨	連絡先(内線可)	

下記のとおり受診しましたので、補助金の支給を申請いたします。

受診者	氏名		年令	受診者住所	
受診した検診の種類	受診した医療機関等の名称		受診年月日		負担金額
① 乳がん検診			令和	年	月 日 円
② 子宮がん検診			令和	年	月 日 円
③ 胃がん検診			令和	年	月 日 円
④ 大腸がん検診			令和	年	月 日 円
⑤ 肺がん検診			令和	年	月 日 円
その他（ ）			令和	年	月 日 円
〃（ ）			令和	年	月 日 円
支払った自己負担総額	円				
※任意継続者のみ記入 振込先口座	金融機関名	支店名	普通/当座	口座番号	名義人名

- 注意● 1. 支給対象者は、当組合加入の被保険者および被扶養者の方です。
 2. 受診の際に支払った分の領収書(原本)を添付して提出して下さい。
 3. 被保険者証を使用しての健康診断、市町村検診の再検査については自己負担となります。
 ※. 振込先口座は、任意継続被保険者の方の口座に限ります。

●提出先● 特種東海健康保険組合
 〒427-8510 静岡県島田市向島町 4379 番地
 TEL : 0547-39-3111

(健保組合記入欄)

支 給 決 定

実施自治体名	検診の種類	補助金額	支給年月
		円	R 年 月
(備 考)			