

前立腺がん検診補助金申請書

対象者⇒ 40歳以上の男性である被保険者
(対象年齢は、実施年度における年度末時点の満年齢)

【任意継続者用】

令和 年 月 日

健康保険 記号 - 番号	999 —	被保険者氏名 (生年月日)	(S . .)
-----------------	----------	------------------	--------------------------

支払った金額	円	補助金額	※ 円
実施年月日	令和 年 月 日		
実施機関名			
振込口座 (ゆうちょ銀行以外)	金融機関名	銀 行 支 店 信用金庫	
	種別・口座番号	普 通 No. _____	
	フリガナ		
	口座名義		

* 希望口座は、必ず被保険者名義でお願いします。

※ 補助金額の欄は健保組合使用欄のため記入しないでください。

【添付書類】 領収書(原本)・・・受検者氏名・前立腺がんと記載(必須)
 【補助対象外】 保険診療で受けた検査
 【補助金額】 1,000円上限

*** 注意事項 ***

検診当日、当健康保険組合の被保険者資格を有していない場合は
補助対象外です。

健保受付印

静岡県中部機械工業健康保険組合 理事長 様