

がん検診助成費支給申請書 (受診報告書)

被保険者証の記号番号 (又は組合員証番号)	(枝番)	がん検診を受けた者の氏名	年 齢	
がん検診を受けた年月日	令和 年 月 日	特定健診を受診した医療機関名		
特定健診を受けた年月日	令和 年 月 日	支払金額	円	
受けたがん検診の種類	大腸がん ・ 胃がん ・ 前立腺がん ・ 乳がん ・ 子宮頸がん ・ 肺がん			
※がん検診助成対象となるのは1人1種目のみ年度内に1回限りですので、該当するがん検診の1種目のみに○を囲ってください。				

医療機関 の証明欄	<p>上記の者が、がん（大腸がん・胃がん・前立腺がん・乳がん・子宮頸がん・肺がんのいずれか）検診を受けたことを証明します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p>所在地</p> <p style="text-align: center;">名 称 (印)</p>			
--------------	--	--	--	--

※医療機関の認印を受けていただくか、もしくは領収書の写し（ただし、がん検診を行った事実、日付、検診を受けた者の氏名、金額等が明確に判断できるものに限ります。）を添付してください。

なお、医療機関によっては上記の証明欄へ医療機関の認印を受けようとするときに、文書料が必要になる場合がありますので、その際は証明欄への認印ではなく、申請書に領収書の写しで代えることができます。

注1) がん検診は、1人1種目のみ、年度内に1回限りです。

注2) 子宮頸がん検診を除くがん検診助成の対象者の範囲は、40歳以上75歳未満の被保険者（組合員及び家族）で、かつ特定健診を受けた被保険者となります。

注3) 子宮頸がん検診助成の対象者の範囲は、20歳以上75歳未満の被保険者（組合員及び家族）となりますが、40歳以上75歳未満の被保険者は特定健診を受けなければ子宮頸がん検診助成の申請はできません。

上記のとおり助成費の支給を申請します。				
令和	年	月	日	
				〒
(受診者が属する世帯の)		住 所		
		組合員		
				氏 名 (印)
静岡県歯科医師国民健康保険組合 様				

組合員（助成費支給申請者）の金融機関口座へ振り込みますので、下欄にご記入ください。

振込先金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	通帳名義人（組合員）氏名
銀行 農協 信用金庫	支店	普通預金 その他 ()		(フリガナ)