きつこう会健康保険組合　　殿　　年　　月　　日

保険証番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

被保険者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

市区町村が実施する検診の
自己負担費用補助申請書

検診機関名			
検診受診日	令和　　年　　月　　日		
検診項目	対象年齢	申請金額	※補助決定額
胃透視（胃部Ｘ線）	各自治体の基準による	円	円
胃部内視鏡検査		円	円
子宮頸がん検査		円	円
乳がん検査（超音波）		円	円
乳がん検査（マンモグラフィー）		円	円
他（　　）		円	円
他（　　）		円	円
他（　　）		円	円
申請合計金額		円	円

① 検診受診の領収書等、受診者名・支払金額・検査内容が確認できる書類（原本）を添付して申請してください。
② 保険診療（３割の自己負担）で検診を受けた場合は、補助金の対象外となります。
③ 提出期限は、各年度の３月１０日までに健保組合必着でお願いします。

＊補助決定額は記入しないでください。

補助金振込先（必ず被保険者の口座を指定願います。口座名はカタカナで記入してください）

金融機関名	支店名	種別	口座番号	被保険者の口座名
		普通・当座		

健保記入欄

健康保険組合負担額	支給決定額
円	円