

補助金額	円
------	---

疾病予防補助金申請書(被保険者)

申請者記入欄

記号	番号	被保険者氏名 (受診者)	
自費で受けた健診(検診)に対して、以下の1~5のどれか1つを選び、□の○を●にしてください。(保険診療は対象外です)			
1	<input checked="" type="radio"/> 人間ドック(35歳・40歳以上) ※特定健診の必須項目をすべて含むこと 人間ドックに含まれる法定健診料金	申請する健診(検査)に対して支払った金額	受診日
		円(税込)	年 月 日
2	<input checked="" type="radio"/> 前立腺がん検診(50歳以上)	円(税込)	年 月 日
		※人間ドック料金から法定健診料金を引いた金額を補助します	
		円(税込)	年 月 日
3	<input checked="" type="radio"/> 乳がん検診と子宮がん検診はまとめて申請することができます。	円(税込)	年 月 日
	乳がん検診	円(税込)	年 月 日
	子宮がん検診	円(税込)	年 月 日
	乳がん・子宮がん検診 (セット料金)	円(税込)	年 月 日
※QUOカードの申請について:市区町村で無料の検診を受けた女性の被保険者に、1項目につき500円のQUOカードを進呈します。 無料で受けた検診項目の金額を0円と記入し、受診票または健診結果の写しを添付してください。			
4	<input checked="" type="radio"/> 脳ドック	円(税込)	年 月 日
5	<input checked="" type="radio"/> (株)メデカルアシストによる 腫瘍マーカー	円(税込)	年 月 日
委任状	私は下記の者にこの補助金の受領を委任します。 被保険者氏名		

総合事務部記入欄

被委任者	事業所名 事業所長名	受付印
------	-------------------	-----

領収証(原本)を添付して、会社の担当者へ提出してください