

自治体がん検査等補助金申請書

1 被保険者記入欄

保 険 証	記号		番号		会 社 名	
お 名 前				社内メールの あて先		
ご 住 所				日中のご連絡 電話番号 (携帯可)		
				-	-	

2 受診内容

お 名 前			区 分	<input type="checkbox"/> 被保険者	<input type="checkbox"/> 被扶養者		
生年月日	(和暦)	年	月	日	性 別		
お受けになった 市区町村			<input type="checkbox"/> 市	<input type="checkbox"/> 区	<input type="checkbox"/> 町 <input type="checkbox"/> 村		
検 査 内 容			対 象 年 齢	受 診 年 月 日		支 払 額	
①	肺がん	胸部X線	20歳以上	年	月	日	
②	大腸がん	便潜血	40歳以上	年	月	日	
③	胃がん	胃部X線、ペプシノーゲン(血液検査)		年	月	日	
④	乳がん	超音波ほか	20歳以上	年	月	日	
⑤	子宮がん	頸部細胞診医師採取法など		女性	年	月	日
⑥	骨粗しょう症	超音波など	40歳以上	年	月	日	
⑦	前立腺がん	PSA(血液検査)	男性	50歳以上	年	月	日
支払額合計							

3 振込み先

フリガナ											
口座名義人											
金融機関区分	民間金融機関 (ゆうちょ銀行以外)						株式会社ゆうちょ銀行				
金融機関名称	<input type="checkbox"/> 銀行	<input type="checkbox"/> 農協	<input type="checkbox"/> 信金	<input type="checkbox"/> 信組	ゆうちょ銀行						
本・支店名	<input type="checkbox"/> 本店	<input type="checkbox"/> 支店	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 店								
店番号											
預金種別	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 当座	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 貯蓄								
口座番号 (右詰め)											

★ この申請書と一緒に領収証(書)を健保組合へ送ってください。(コピー不可)

送付および問い合わせ先
 〒135-0061 東京都江東区豊洲三丁目1番1号
 IHIグループ健康保険組合 健康推進グループ
 TEL 03-6204-8401