

年 月 日 支給				円	
本件、支給してよろしいか					

## ドック（人間・脳）・乳がん・子宮がん検診 受診料補助金申請書

※乳がん・子宮がん検診は 2021/4/1 以降に受診したものに限りです

被保険者証の記号番号	受診者氏名	生年月日	年齢	性別
建 ー		年 月 日		1. 男 2. 女
検診の種類	受診した機関名	受診日	自己負担	
人間ドック (満 30 歳以上の方)		年 月 日～ 日	円	
脳ドック (MRI) (満 40 歳以上組合員)		年 月 日～ 日	円	
乳がん検診 (女性)		年 月 日～ 日	円	
子宮がん検診 (女性)		年 月 日～ 日	円	

### 【申請に必要な書類】

#### ①領収書（原本またはコピー）《全部共通》

受診者名・受診機関・受診日・支払額・検診の種類が記載され、領収印があるもの。

#### ②結果のコピー《人間ドック補助申請時》

##### 特定健診項目全てが記載されているもの

特定健診項目以外は提出不要です。項目は所属の組合にお問い合わせください。

#### <注意事項>

- ①給付金はあらかじめ届け出ていただいた口座に振り込みます。
- ②同一年度(4月～翌年3月)内で1回のみ支給します。組合健診や医療機関の特定健診を受診している場合、人間ドック補助金は支給されません。
- ③組合健診で乳がん・子宮がん検診を受けた場合は、組合健診と医療機関補助のどちらか一方の補助となります。

上記のとおり、書類を添えて申請いたします。

年 月 日

組合員 住所

氏名

長野県建設国民健康保険組合 理事長 殿

処理年月日： 年 月 日

※国保記入欄

	人間ドック	脳ドック	乳がん	子宮がん	セット	特定健診	補助金計
補助金額	10,000 円 20,000 円	10,000 円 20,000 円	2,000 円 3,000 円	2,000 円 3,000 円	3,000 円	既未	円