

《 がん検診補助金請求書 》

事業所記号		事業所名	
請求者 (事業主)	年 月 日 事業所名称 事業主氏名 電話番号 ()		
振込先の 金融機関名 (請求者の名義) <small>1または2に丸印をしてください</small>	1	三菱 UFJ 銀行	銀行 金庫 組合 店 支店 出張所
	2		
	口座番号	普通・当座 No.	
	口座名義人	(フリガナ)	

* 振込口座につきまして、三菱UFJ銀行の口座をお持ちの場合は、そちらをご指定いただきますようご協力ください。

- ① 対象者
- ・ がん検診の受診日に大阪装粧健康保険組合の被保険者及び被扶養者資格がある方。
 - ・ 年度内に健康診断を受診している方。(受診予定の方を含む)

※ただし、人間ドック等の受診時にがん検診を受けられた方及び保険診療を除く

- ② 対象期間
- ・ 4月1日～3月31日までの1年間
(※年度内に、各種がん検診を受検された方に年に1回補助します。)

- ③ 対象年齢等

検診の種類	補助の対象年齢	当組合からの補助額
乳がん	40歳以上 2年に1回 年度末年齢が偶数の方	各上限 2, 000円
子宮頸がん	20歳以上 2年に1回 年度末年齢が偶数の方	
大腸がん	40歳以上 1年に1回	
胃がん	50歳以上 2年に1回 年度末年齢が偶数の方(注)	
肺がん	40歳以上 1年に1回	

市区町村実施のがん検診を受診の場合は、上記「補助の対象年齢」以外でも補助の対象となりますので、お住まいの自治体にお問い合わせください。

注: 当分の間、胃X線検査は40歳以上、毎年実施可

※検診料金が上限額に満たない場合は実費を補助します。

- ④ 請求方法
- 《がん検診補助金請求書》に検診実施機関等の領収書(写)および「がん検診受診者名簿」を添付してください。また、受診月の翌月末までのご請求にご協力ください。
- ・ 上記領収書(写)には**氏名・検診日・検診料金・検診名称(乳がん・子宮頸がん・大腸がん・胃がん・肺がん検診)が明記されたもの。**
 - ・ 「がん検診受診者名簿」は、必要事項を必ずご記入のうえ添付してください。記入漏れ等がありましたら返却させていただく場合がありますので、あしからずご了承ください。
- ⑤ 支払方法
- 毎月5日までの受付分を当月20日にご指定の口座へ振り込みます。
- ※振込先は、**事業主名義の口座**に限ります。

健 保 組 合 使 用 欄

※照合済	※件数	※支給決定額							
	件								円
乳がん	名								円
子宮頸がん	名								円
大腸がん	名								円
胃がん	名								円
肺がん	名								円

大阪装粧健康保険組合
(担当 総務部)
電話 06-6261-6474

