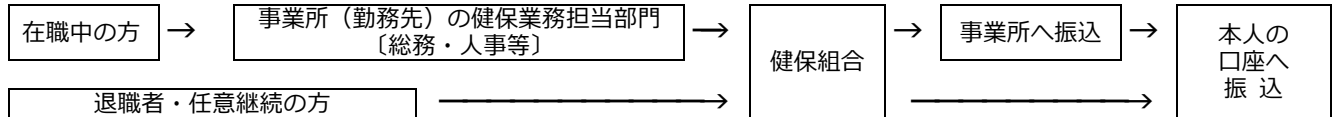


【申請から給付の流れ】



金額	
被保険者	被扶養者
円	円
備考	

支給決定伺		
年 月 日		
常務理事	事務長	担当者

**自治体がん検診補助金請求書**

※保険診療で受けた検査は補助対象外です。

被保険者証	記号	受診者名	被保険者	受診時の年齢	続柄
	番号		被扶養者	受診時の年齢	
検診 (該当の種類) (○)	自治体検診（↓自治体からの案内により受診した項目に○） ①肺がん      ②胃がん      ③大腸がん      ④前立腺がん      ⑤子宮頸がん ⑥乳がん⇒aマンモ ・ bエコー ・ c触診      ⑦その他(検診項目：      )				
利用した施設・病院名 (自治体健康診査は、市区町村名)					
利用年月日	自.      年      月      日 ~ 至.      年      月      日				
検診等の料金	被保険者	円	被扶養者	円	
上記の通り申請いたします。 また在職期間中に係る申請の場合、本申請書に基づく補助金の受領を事業主へ委任いたします。 <b>アルバック健康保険組合 理事長 殿</b> 年      月      日  被保険者 住所 氏名					

【注意事項】

- 対象者：被保険者と被扶養者で自治体が受診を認めた方。
- 補助回数：健診項目毎に年度内(4月～翌年3月まで)1回。
- 補助金額：実費を全額補助(最低自己負担なし)。
- 添付書類：「市区町村名」「受診者名」「検査項目」が明記された領収書(原本)と自治体からのハガキや通知・市報のコピー等、自治体検診の条件が判るもの。
- 請求方法：受診費用を全額支払い、この用紙「自治体がん検診補助金請求書」を記入の上、上記添付書類を添付し、勤務先事業所の健保事務ご担当者様へ提出してください。任意継続の方は、直接健保へ提出してください。
- 支払方法：請求在籍中の方は、事業所経由で支払います。任意継続の方は、健康保険組合に登録された口座に振り込まれます。

※時効：請求権は、事実のあった日の翌日から起算して2年で時効となります。