

## 様式⑨

本件下記により補助金を支給してよろしいか。						支給額
常務理事	事務長	課長	係長	担当者	胃 大腸	円

## 『自治体の胃がん検診・大腸がん検診』補助金申請書（被扶養者のみ）

西日本パッケージング健康保険組合

下記の必要書類を添えて申請します。併せて、今回の検診結果を貴組合が実施する保健指導などの保健事業に利用することにも同意します。

- 自治体で実施している胃がん検診、大腸がん検診の補助です。  
下の注意書きをよく読んで申請を行ってください。

申請日： 年 月 日

所属事業所名						
事業所・営業所 工場の所在地	〒	—	TEL	( )		
被保険者氏名			被保険者証 記号—番号	—		
フリガナ						
受診者名			昭和・平成	年	月	日生 ( 歳 )
受診者住所	〒	—	TEL	( )		

\*該当欄に記入してください。

胃 ・ 大 腸 が ん	受診機関名	胃	TEL ( )	検診日	年	月	日	
		大腸	TEL ( )	検診日	年	月	日	
	請求金額	胃	円	必要書類	1. 領収書の【写し・コピー】 2. 検査結果の【写し・コピー】 但し受診機関から書面以外（面接・電話連絡等）で 結果を受けた際は下欄結果報告書に記入願います			
		大腸	円					

- ◆書面以外で結果を受けた場合のみご記入下さい。  
検査結果（写し・コピー）を添付されない場合は補助ができない場合があります。  
別途有料で結果をもらう必要はありません（その費用は補助はしません）。

胃がん	1. 問題なし 2. 問題あり 具体的に [ ]
大腸がん	1. 問題なし 2. 問題あり 具体的に [ ]

振込先 (被保険者名義)	フリガナ 名義	銀行	支店	普通	・	当座	・	その他 ( )
								口座番号

注1: 領収書【写し・コピー】に下記①～⑤が記載されているか確認してください。記載内容が不備な場合は返戻いたします。

①受診者氏名 ②受診日 ③受診機関名 ④受診費用 ⑤但し書き（例、〇〇がん検診代）

注2: 対象者に年齢等制限などがありますので、事前に、受診希望機関で「自治体」の検診を実施しているかを必ず確認して下さい。

注3: 当健康保険組合では、簡易成人病健診、人間ドックの健診を実施しております。自治体で行っていない場合は、当健康保険組合の健診を受けて下さい。

注4: 補助金は、要した費用を支給します。

\* この申請書のためにご提供いただいた個人情報、上記補助金支給決定及び当健康保険組合の実施する保健事業に利用させていただきます。当該目的以外に使用することはございません。

受付印