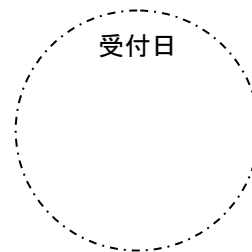


常務理事	事務長	担当



ライフコーポレーション健康保険組合理事長殿

がん検診 補助金支給申請書

がん検診を受診しましたので、補助金の支給を申請します。

申請日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

健康保険		被保険者氏名	店番	部門
記号	番号			
		印	所属 店・センター	

※ 全額自己負担で受けた検診に丸印・氏名・金額を記入

※ 人間ドックのオプションで既に補助金が差し引かれている場合は、健保からの補助はありません

(検診機関に確認して下さい)

対象者	検診	丸印	検診を受けた人の氏名	支払った金額
35 歳以上の 被保険者(本人) と 35 歳以上の 被扶養者(家族)	乳がん (マンモグラフィ又はエコー)			円
	子宮頸がん (細胞診)			円

被保険者の振込希望口座

※ ゆうちょ銀行の記入例 店名は漢数字 3 桁で四〇八 店番は 408 など

銀行・農協 金庫・信組		本店・支店 出張所		本(支)店 コード			
普通預金の 口座番号		口座名義 カタカナで記入					

● 補助金額 乳がんと子宮頸がん各々上限 2,000 円迄の実費額

● 補助回数 年 1 回(検診日が 4 月から翌年の 3 月の間に 1 回)

● 提出期限 検診月含む 3 か月以内

● 添付書類 領収書の原本(この用紙にホチキスで止める)

①領収日 ②検診した人の氏名 ③金額 ④検診機関名 ⑤検診機関印

⑥但し書き(乳がんはマンモ 又は エコー、子宮頸がんは細胞診の記載があること)

※①から⑥全てが必要。①から⑥の無いレシートやコピーは無効。領収書は返却できません

● 支給方法 振込希望口座に振込(通知書は発送しません)

● 提出先 [社内メール便] 近畿圏→健康保険組合 首都圏→人事部給与厚生課

[郵送] ライフコーポレーション健康保険組合 〒532-0004 大阪市淀川区西宮原 2-2-22 TEL06-6150-6220

※ 健保記入欄

補助金額	円
------	---