

## <<がん検診補助額請求書>>

この請求書は被保険者(社員)が記入し、以下の書類を添付してください。

- 健診結果のコピー
  - 受診者名・料金明細が記載されている領収書の原本
- ※市町村検診・保険診療扱いの検診は対象外です。

【対象者】 ※各検診の補助は年度で1回です

|       | 検査内容              | 対象者(基準日:請求年度の末日)  |
|-------|-------------------|-------------------|
| 肺がん   | 肺ヘリカルCT           | 19歳以上の被保険者・被扶養者   |
| 前立腺がん | PSA               | 50歳以上の被保険者        |
| 乳がん   | 超音波・マンモグラフィ       | 20歳以上の被保険者・被扶養配偶者 |
| 子宮頸がん | 頸部細胞診、HPV検査       | 20歳以上の被保険者・被扶養配偶者 |
| 子宮体がん | 体部細胞診、<br>経膈超音波検査 | 40歳以上の被保険者・被扶養配偶者 |

| ※健康保険組合使用欄 |     |     |
|------------|-----|-----|
| 常務理事       | 事務長 | 係 員 |
|            |     |     |
| 肺がん        | 円   |     |
| 前立腺がん      | 円   |     |
| 乳がん        | 円   |     |
| 子宮頸がん      | 円   |     |
| 子宮体がん      | 円   |     |
| 支給金額       | 円   |     |

住友理工健康保険組合 御中

下記のとおり請求します。

|                      |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                |          |          |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------|----------|
| 請求日                  | 令和 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                     | 保険証の<br>記号番号※1 | 記号       | 番号       |
| 被保険者氏名<br>(請求者)      |                                                                                                                                                                                                                                                                              | 生年月日           | 昭和<br>平成 | 年 月 日    |
| 住 所                  | 〒 —                                                                                                                                                                                                                                                                          |                |          |          |
| 事業所名                 |                                                                                                                                                                                                                                                                              | 所属部署名          | (連絡先 )   |          |
| 受診者名※2               |                                                                                                                                                                                                                                                                              | 生年<br>月日       | 昭和<br>平成 | 年 月 日 続柄 |
| 受 診 日                | 令和 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                     | 健診機関           |          |          |
| 健診料金<br>(消費税込)       | <div> <div>(補助額上限:8,000 円)</div> <div>肺がん 円</div> <div>(補助額上限:5,000 円)</div> <div>乳がん 円</div> <div>(補助額上限:3,000 円)</div> <div>子宮体がん 円</div> </div> <div> <div>(補助額上限:2,000 円)</div> <div>前立腺がん 円</div> <div>(補助額上限:3,000 円)</div> <div>子宮頸がん 円</div> <div>合 計 円</div> </div> |                |          |          |
| *補助額を超える分<br>は自己負担です |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                |          |          |

※1 保険証の上部に記載されています ※2 受診者が被扶養者の場合に記入してください。

|         |                        |               |
|---------|------------------------|---------------|
| 振込先金融機関 | 銀行・信用金庫・農協・労働金庫・その他( ) | 本店・支店         |
| 預金種別    | 普通・その他( )              | 口座名義<br>(請求者) |
| 口座番号    |                        | フリガナ          |

●補助額の受領を請求者以外の者に委任する場合は、下記の委任状欄をご記入ください。

|       |                         |
|-------|-------------------------|
| 委 任 状 | 上記補助金の受領を _____ に委任します。 |
|       | 令和 年 月 日                |
|       | 請求者氏名 _____             |

◆提出期限は翌年度 4 月 20 日(休日の場合は前稼働日)です(3 月受診でも 4/20 が期限です)