支給決定決議書						
総　　額	円	決裁年月日	年　　月　　日			
本人負担	円	常務理事	事務長	担当者	担当者
健保負担	円				
支払年月日	令和　　年　　月　　日				

健康保険　オプション検診補助金申請書（被保険者）

日本製紙健康保険組合　御中　　申込年月日　令和　6　年　6　月　20　日

被保険者	被保険者証の記号・番号	111　－　99999	被保険者の氏名・印	フリガナ　ニッポン　ハナコ 日本　花子	
	生年月日	(昭)・平　●●年　●　月　●　日（●●　歳）	電話番号	000-000-0000	
	住所	〒 △△△ － △△△△ ●●●●●●●●1－2－3			
	被保険者の勤務する事業所				
受診内容	医療機関	名称	日本病院		
		所在地	東京都　●●●●●1－1－1		
	受診日	5　月　3　日（　月　）	費用総額	9,000　円	

検診項目	対象年齢・上限額	単価
ABC胃がんリスク検査	初めて受診する方のみ	円
Hba1c（ﾍﾓｸﾞﾛﾋﾞﾝa1c）	全員	円
便潜血検査（2回法）	35歳以上	2，000円
前立腺がん検診（PSA）	40歳以上	円
乳がん検診（ﾏﾝﾓ又はｴｺｰ）	補助額上限 7，000円（税込）	4，000円
子宮頸がん検診（細胞採取）	補助額上限 5，000円（税込）	3，000円

振込先（退職者のみ記載）	銀行	支店	普・当	口座番号	

受取代理人の欄

本請求に基づく給付金に関する受領を代理人（事業主）に委任します。

令和　6　年　6　月　20　日

被保険者（申請者）　住所　●●●●●●●1－2－3

氏名　日本　花子

代理人（事業主）　所在地

名称

保険証を使用して
受けた検査は

受　付　印

注意事項）

・必ず領収証（原紙）を添付してください。

・**領収証の内訳には、受けた検診項目が明記されていること。**

・健康保険の適用となる検査（保険証を使って受けた検査）、または医療行為を受診した場合は、申請対象外。

・事業所で実施している集団健診で既にオプション検診を受けた場合、申請対象外。

・乳がん検診の**補助額上限は7,000円**、子宮頸がん検診の**補助額上限は5,000円**になります。

・ABC胃がんリスク検査の補助は、初めて受診する方（未受診の方）限定です。