

(様式18号)

令和 年 月 日 支給

|                  |
|------------------|
| 支<br>部<br>長<br>印 |
|------------------|

|           |       |
|-----------|-------|
| 自 己 負 担 額 | 支 給 額 |
| 円         | 円     |

|       |
|-------|
| 担 当 者 |
|-------|

## 検診費補助金支給申請書

※ 市町村で実施している検診のみが補助対象です。

|  |         |             |                            |                  |                            |   |     |   |  |
|--|---------|-------------|----------------------------|------------------|----------------------------|---|-----|---|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>証<br>記<br>号<br>・<br>番<br>号             | 宮 建     | 受<br>検<br>者 | 氏 名                        | 生<br>年<br>月<br>日 | 昭<br>和<br>平<br>成<br>令<br>和 | 年 | 月   | 日 |  |
|  |         | 氏 名         | 昭<br>和<br>平<br>成<br>令<br>和 | 年                | 月                          | 日 |     |   |  |
| 受<br>け<br>た<br>種<br>別<br>に<br>○<br>を<br>し<br>て<br>下<br>さい。 | 検 診 種 別 | 受 検 日       |                            | 検診負担金額           |                            |   |     |   |  |
|  | 基本健診    | 令和          | 年                          | 月                | 日                          | 円 |     |   |  |
|  | 肺がん検診   | 令和          | 年                          | 月                | 日                          | 円 |     |   |  |
|  | 胃がん検診   | 令和          | 年                          | 月                | 日                          | 円 |     |   |  |
|  | 大腸がん検診  | 令和          | 年                          | 月                | 日                          | 円 |     |   |  |
|  | 子宮がん検診  | 令和          | 年                          | 月                | 日                          | 円 |     |   |  |
|  | 乳がん検診   | 令和          | 年                          | 月                | 日                          | 円 |     |   |  |
|  | その他     |             |                            |                  |                            |   |     |   |  |
|  |         |             | 令和                         | 年                | 月                          | 日 | 円   |   |  |
|  |         |             | 令和                         | 年                | 月                          | 日 | 円   |   |  |
|  |         | 令和          | 年                          | 月                | 日                          | 円 |     |   |  |
|  |         |             |                            |                  |                            |   | 合 計 | 円 |  |

|                                      |     |                                   |     |    |       |          |
|--------------------------------------|-----|-----------------------------------|-----|----|-------|----------|
| 振込金融機関<br><small>(組合員様名義の口座)</small> | 銀行名 | 銀行<br>信金<br>信組<br>農協<br>労金<br>その他 | 支店名 | 本店 | 預金の種類 | 普通・当座・貯蓄 |
|                                      |     |                                   |     | 支店 | 口座番号  |          |

※ 組合員様名義の口座へ振り込むこととなります。(ご家族の方や、事業所名義は対象外です。)

|          |   |
|----------|---|
| 申請に必要なもの | ・領収証(原本) (受診者名・検診種別等の記載のあるもの)<br>・明細書(写し) (領収証に受診者名・検診種別等の記載がない場合に添付)<br>※ 領収証の宛名は受診者個人名であること(会社名、会社名+個人名は不可) |
|----------|---|

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

郵便番号 電話番号

組合員 住 所  
フリガナ  
氏 名

印

(申請先) 宮城県建設業国民健康保険組合理事長