

常務理事	局長	役 席	担 当
支給決定額			

安田日本興亜健康保険組合 御 中

会 社 名

(出向元)

被保険者名

肺がん検診 補助金支給申請書

※本申請の対象医療機関は、**契約外医療機関のみ**となります。

保険証	記 号	番 号	
フリガナ			
受診者名	被保険者 ・ 被扶養者		
生年月日	昭和	年 月 日	
受診日		年 月 日	(受診時の年齢) 歳
受診医療機関名			

【補助金申請の注意事項】

1. 必要添付書類

①「肺がん検診結果表のコピー」または所定の「安田日本興亜健保肺がん検診受診証明書」

②領収明細書(原本)または支払証明書(原本) ※コピーは不可。

※①は、個人情報保護の観点から保健事業以外の目的には利用しません。

2. 補助金支給の対象者

肺がん検診：35歳以上(2020年度に35才になる方も含む)の被保険者・被扶養者

※ 年度内に1回が限度

3. 対象コース・検査項目

肺がん検診：胸部CT検査(喀痰検査は対象外)

4. 補助金支給限度額

利用内容	補助金上限額	自己負担金	補助金上限内(検診料金)
肺がん検診	13,500円(税込)	3,000円	16,500円(税込)

注) 補助金上限内(検診料金)は、上記自己負担金で受診できる検診料金です。補助金上限内(検診料金)を超えた場合は、上記自己負担金に超過分が加算された金額が自己負担金額となります。

5. 支給方法

当組合の規程に則り、**補助金は事業主を通じて被保険者に支給します。**

任意継続の方は、取得申請時に登録された「給付金」指定口座に振り込みます。

6. 補助金申請対象期間

受 診 日：2020年4月1日～2021年3月31日まで。

提出締切日：2021年の5月31日まで。(健保必着)

※**保険診療(保険証を使用して受診)の場合は、補助金支給対象外となります。**