

常務理事	局長	役席	担当
支給決定額			

平成 30 年 5 月 1 日

安田日本興亜健康保険組合 御中

会社
(出向元) △△△△ 株式会社

被保険者名 健保太郎

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。

項目	事項			
保険証	記号	123	番号	456789
フリガナ	ケンボ タロウ			
受診者名	健保太郎		被保険者	被扶養者
生年月日	昭和 42 年 4 月 2 日生			
受診日	平成 30 年 4 月 3 日		(受診時の年齢)	50歳
利用医療機関名	〇〇〇〇〇 病院			

【補助金申請の注意事項】

1. 本申請書に添付するもの

①「**検診結果表のコピー**」または「**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(当該年度に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いたします。

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. 補助金申請期間 添付書類が揃いましたら、速やかに申請してください。

締切日は、翌年度の**4月15日（健保必着）**です。

※**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。