

2024年度 自治体検診 補助金支給申請書(本人・被扶養者)

イオン健康保険組合理事長殿

申請日 (西暦)2024年10月21日

※私は、自治体検診を受診しましたので、下記のとおり申請いたします。

被 保 険 者 (請 求 者)	記号・番号	× - × × × × × × ×	会社名 部 室 店 名	イオンリテール(株) 〇〇〇〇店		
	被保険者氏名	幕張 光		日中連絡がとれる 電話番号(店舗等)	勤務先：043-123-4567 携帯等：080-1234-5678	
	受診者氏名	幕張 光		受診者 生 年 月 日	(西暦) 1974年4月1日	
	振込先 (被保険者の口座) ※ゆうちょ銀行不可	〇〇〇 銀行・信金	〇〇 本・支店	口座 番 号 (普)	××××××	フリガナ マクハリ ヒカリ 口座名義 (被保険者) 幕張 光
検査項目記入欄 ※受診した検査種類をすべて記入してください。						
		受診日(西暦)	検査種類(項目)	自治体名	受診機関名	自己負担額
記入例		2024年5月12日	胃がん検診	千葉市	イオン病院	〇〇〇円
①		2024年6月13日	乳がん検診	千葉市	幕張病院	1200円
②		2024年7月25日	子宮がん検診	千葉市	幕張病院	1200円
③		2024年11月18日	大腸がん検診	千葉市	幕張病院	600円
					自己負担額の合計額	3000円

【注意】この制度の申請を行う場合は、同年度内にかん検診補助制度を申請することはできません。

領収書(原本)貼付欄

注 意 事 項	<p>① 対象となる検診：居住している（住民票がある）自治体の保健所、保健センターやその委嘱を受けた医療機関が実施する「がん検診」「肝炎検診」「骨粗しょう症検診」「歯科検診」等（一般健診、インフルエンザ予防接種を除く）</p> <p>② 対象者：2024年4月1日現在、当健康保険組合に加入の30歳以上（2025年3月31日現在：1995年3月31日以前生まれ）の被保険者と被扶養者（※但し「子宮頸がん検診」のみ20歳以上（2025年3月31日現在：2005年3月31日以前生まれ）の被保険者と被扶養者も対象となります。）この申請を行う場合は、同年度内に「がん検診補助制度」を申請することはできません。</p> <p>③ 受診期間：2024年4月1日～2025年3月31日 *1年分をまとめて年1度のみ申請可</p> <p>④ 補助金額：1人あたり5,000円までの実費（年1回のみ）</p> <p>⑤ 提出期限：2025年4月5日（イオン健康保険組合必着）</p> <p>⑥ 提出書類：a. この用紙（補助金支給申請書） b. 領収書の原本（レシート不可）（返却はいたしません） ・ 検診種類（項目）および自己負担額が確認できること c. 自治体の検診であることが確認できるもの（自治体からの検診の案内等） ※領収書に「〇〇市がん検診」等記載があれば提出は不要です。</p> <p>⑦ 振込み：原則、毎月5日迄に受理した申請書については、25日の振込みとなります。尚、記入もれや添付書類のもれ等がありますと振込みが遅れる場合もありますのでご注意ください。（25日が金融機関休業日の場合は翌営業日以降の振込みとなります）</p> <p>※ ゆうちょ銀行への振込みはおこなっておりません。※ 資格喪失後の受診は補助金支給対象外となります。 ※ 提出いただきました書類の返却は行いません。必要な場合は写しをおとり下さい。</p>
------------------	---

<イオン健康保険組合手続き欄> 資格取得日 . . . 資格喪失日 . . .

支給決定伺				補助金	出納日印
常務理事	事務長	課長	係		
				円	

