

本請求書に領収書を添付して提出してください

# 2020年度 人間ドック等受検補助金交付請求書

【請求期間：2020年4月1日～2021年3月31日】 【対象：会員本人（家族会員は対象外です）】

【補助金を請求できる検診】 ➡ 保険適用外の以下の検診（いずれかを○で囲んでください）

人間ドック ・ 脳ドック ・ 肺ドック

単独がん検診 ・ 定期健康診断オプションがん検診

（胃がん、乳がん、子宮がん、肺がん、大腸がん、前立腺がん、肝臓がん、その他）

（※市民検診は対象外です）

以下の項目に必ずお答えください（○で囲んでください）  
（すべての項目に「はい」の場合のみ請求できます）

- (1) 健康保険を使っていません・・・・・・・・・・（ はい ・ いいえ ）
- (2) 自治体の補助を受けていません・・・・・・・・・・（ はい ・ いいえ ）
- (3) 領収書に受診者名が記載されています・・・・・・・・・・（ はい ・ いいえ ）
- (4) 領収書に検診名が記載されています・・・・・・・・・・（ はい ・ いいえ ）

三浦半島中小企業勤労者福祉サービスセンター 宛

FAX:046-821-1207

事業所名： \_\_\_\_\_ / 請求日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

請求者氏名： \_\_\_\_\_ 印 / 請求者住所： \_\_\_\_\_

① 該当する項目に○印をつけてください。実際に支払った額に応じて補助額がわかります

○印	検診機関に支払った金額	補助額	請求期間・請求回数・必要書類等
	2,000円以上3,000円未満	500円	【請求期間・回数】 年度内1人1回（会員本人のみ）
	3,000円以上5,000円未満	1,000円	
	5,000円以上7,000円未満	1,500円	
	7,000円以上10,000円未満	2,000円	【必要書類】 医療機関の発行する領収書（コピー可） ※複数の検診を受けた場合、同じ領収書であれば合算金額で請求できます。
	10,000円以上20,000円未満	3,000円	
	20,000円以上40,000円未満	4,000円	
	40,000円以上	5,000円	

② 補助金の受取方法を○で囲んでください

振込 ・ サービスセンターにて受取 ・ 事業所お届け



金融機関名	銀行・信金・信組・農協	支店名	支店
フリガナ		口座	普通 ・ 当座
口座名義		口座番号	

事務局使用欄： \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
( 台帳 手続処理 支払い )

# 人間ドック等受検補助金交付請求のしおり

対象の検診	年度内に受けた以下のもので、 <u>保険適用外の検診等</u> ▼人間ドック・脳ドック・肺ドック  ▼単独がん検診・定期健康診断オプションがん検診 (内視鏡検査・生化学検査・CT検査・MRI検査・エコー検査等) (胃がん、乳がん、子宮がん、肺がん、大腸がん、前立腺がん、肝臓がん等)
対象外の検診	▼保険適用の検診 ▼治療目的での診察や検査 ▼自治体の補助を受けている検診(市民検診など)
対象者	会員本人
申請期間	2020年4月1日～2021年3月31日
申請回数	年度内1回
補助額	自己負担額に応じる(詳細は表面) ※ただし、自己負担額が2,000円以上であること
必要書類	▼本請求書  ▼医療機関が発行した領収書で、 <b>受診者名・検診名が明記されたもの</b> <u>※複数の検診を受けた場合、同じ領収書であれば合算金額で請求できます。</u>
その他 注意事項	▼領収書に受診項目や明細等の記載がない場合、検査結果等のコピーを添付してください (結果や数値は黒く塗りつぶすなどして隠してください)