

本請求書に領収書を添付して提出してください

2025 年度 人間ドック・各種検査受検補助金交付請求書

【請求期間:2025 年 4 月 1 日～2026 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 (※市民検診は対象外です)

(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)

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)※保険適用外のもの

(2)自治体の補助を受けていません……………(はい ・ いいえ)※市民検診は対象外

(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 あて

請求先 ▶ Eメール: hitobito@yokosukacci.com

事業所名:

／請求日: 年 月 日

請求者氏名:

／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※に応じて補助額がかわります。

○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、請求期間内の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	

※定期健康診断費用を除きます

② 振込先をご記入ください。



金融機関名	銀行・信金・信組・農協・その他	支店名	支店
(フリガナ)	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(/)	確認	受付

人間ドック・各種検査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・検査等</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・検査 ✕治療目的の診察や検査 ✕自治体の補助を受けている検診・検査(市民検診など)
対象者	会員本人
請求期間	2025年4月1日～2026年3月31日
請求回数	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、 受診者名・検診名が明記されたもの <u>※複数の検診を受けた場合、請求期間内の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)

【請求書送付先】

ひとびとみうら事務局

Eメール: hitobito@yokosukacci.com