

令和8年度 健診の費用補助申請書 (がん検診・任意健診共通)

提出期限 令和9年3月31日

※領収書原本(コピー不可)を添付してください。領収書は返却しません。

健診受診者氏名	① がん検診	② その他の健診	③ 特定健診	
	健診機関	健診機関	健診機関	
生年月日	受診日	受診日	受診日	
昭和 平成 年 月 日(歳)	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	
被保険者番号	以下の該当するところに○をつけてください。		健診に要した費用	
備考	受診したがん検診の種類		①+② 円 補助金額 ※組合記入 がん検診 任意健診	
	胃がん(内視鏡)	胃がん(X線)		市町村の補助 有・無
	子宮頸がん			有・無
	肺がん(X線)	肺がん(喀痰)		有・無
	乳がん(X線)			有・無
	大腸がん(便潜血検査)			有・無
その他のがん()		有・無		
健診受診者氏名	① がん検診	② その他の健診	③ 特定健診	
	健診機関	健診機関	健診機関	
生年月日	受診日	受診日	受診日	
昭和 平成 年 月 日(歳)	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	
被保険者番号	以下の該当するところに○をつけてください。		健診に要した費用	
備考	受診したがん検診の種類		①+② 円 補助金額 ※組合記入 がん検診 任意健診	
	胃がん(内視鏡)	胃がん(X線)		市町村の補助 有・無
	子宮頸がん			有・無
	肺がん(X線)	肺がん(喀痰)		有・無
	乳がん(X線)			有・無
	大腸がん(便潜血検査)			有・無
その他のがん()		有・無		
健診受診者氏名	① がん検診	② その他の健診	③ 特定健診	
	健診機関	健診機関	健診機関	
生年月日	受診日	受診日	受診日	
昭和 平成 年 月 日(歳)	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	
被保険者番号	以下の該当するところに○をつけてください。		健診に要した費用	
備考	受診したがん検診の種類		①+② 円 補助金額 ※組合記入 がん検診 任意健診	
	胃がん(内視鏡)	胃がん(X線)		市町村の補助 有・無
	子宮頸がん			有・無
	肺がん(X線)	肺がん(喀痰)		有・無
	乳がん(X線)			有・無
	大腸がん(便潜血検査)			有・無
その他のがん()		有・無		

以上申請分の振込先

振込先はなるべく紀陽銀行をご指定いただきまして、手数料軽減にご協力ください。

銀行	支店	普通	ふりがな
口座番号		当座	口座名義人

上記のとおり、健康診断に要した費用に関する領収書を添付のうえ、申請いたします。

一種組合員
被保険者番号

全歯21

令和 年 月 日 (記入日)

住所

氏名

印

全国歯科医師国民健康保険組合 和歌山県支部長 殿

※自署の場合
押印省略可

支給決定額

※組合記入

<input type="text"/>	予防接種分の入金額	入金額
円	円	円