

令和5年度 任意健診の費用補助申請書

申請締め切り 令和 6年 1月31日 厳守

※ 用紙が足りない場合はコピーしてお使い下さい。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	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 5年 月 日	令和 5年 月 日	令和 5年 月 日
被保険者証番号	胃がん (X線 内視鏡)	健診の内容	任意健診に要した費用
	子宮頸がん		①+②
	肺がん (X線 喀痰)		円
がん検診の費用補助を申請する場合、その種類等を①に記入してください。市町村等の検診やクーポンを利用した場合は確認欄に○をつけてください。(費用補助の可否を問うものではありません。)	乳がん (X線)		補助金額 ※組合記入
	大腸がん		
	その他のがん ↑ ( )		
	市町村等の健診を利用した場合は○		

健診受診者氏名	①がん検診	②その他の健診	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 5年 月 日	令和 5年 月 日	令和 5年 月 日
被保険者証番号	胃がん (X線 内視鏡)	健診の内容	任意健診に要した費用
	子宮頸がん		①+②
	肺がん (X線 喀痰)		円
がん検診の費用補助を申請する場合、その種類等を①に記入してください。市町村等の検診やクーポンを利用した場合は確認欄に○をつけてください。(費用補助の可否を問うものではありません。)	乳がん (X線)		補助金額 ※組合記入
	大腸がん		
	その他のがん ↑ ( )		
	市町村等の健診を利用した場合は○		

健診受診者氏名	①がん検診	②その他の健診	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 5年 月 日	令和 5年 月 日	令和 5年 月 日
被保険者証番号	胃がん (X線 内視鏡)	健診の内容	任意健診に要した費用
	子宮頸がん		①+②
	肺がん (X線 喀痰)		円
がん検診の費用補助を申請する場合、その種類等を①に記入してください。市町村等の検診やクーポンを利用した場合は確認欄に○をつけてください。(費用補助の可否を問うものではありません。)	乳がん (X線)		補助金額 ※組合記入
	大腸がん		
	その他のがん ↑ ( )		
	市町村等の健診を利用した場合は○		

以上申請分の振込先 振込先は、ゆうちょ銀行以外で、できましたら紀陽銀行をご指定ください。

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。

甲種組合員 被保険者証番号 和302       令和 年 月 日 (記入日)

住所 氏名

自署の場合押印省略可

和歌山県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

支給決定額	予防接種分の入金額	※組合記入 入金額
円	円	円