

令和7年度 任意健診の費用補助申請書

申請締め切り 令和 8年 1月31日 厳守

※ 領収書（コピーでも可）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		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 年 月 日 (歳) 平成		令和 7 年 月 日		令和 7 年 月 日		令和 7 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)					
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)				円	
		大腸がん				補 助 金 額	
		その他のがん				※組合記入	
		↑ ()					
		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 年 月 日 (歳) 平成		令和 7 年 月 日		令和 7 年 月 日		令和 7 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)					
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)				円	
		大腸がん				補 助 金 額	
		その他のがん				※組合記入	
		↑ ()					
		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 年 月 日 (歳) 平成		令和 7 年 月 日		令和 7 年 月 日		令和 7 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)					
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)				円	
		大腸がん				補 助 金 額	
		その他のがん				※組合記入	
		↑ ()					
		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	※組合記入
円	円
円	円
様式第 51 号	