支　給　決　議　書 ※この欄は記入しないでください。		常務理事	事務長	担当者
伺年月日	年　　月　　日			
対象者数	名			
支 給 額	円			

人間ドック以外の諸検診補助金申請書

被保険者等の	記号		番号	
事 業 所 名				
請 求 金 額	円			

千葉県自動車販売整備健康保険組合　理事長　様

上記の金額を被保険者　　名、被扶養者　　名分の補助金として、
別添証拠書により、申請いたします。

年　　月　　日

申請者住所

申請者氏名　　㊞

受取金融機関	銀行名	支店名	口座種別	口座番号	口座名義人
	銀行 信金 信組 農協	支店・本店	普通 ・ 当座		(フリガナ)

上記の太枠の中のみご記入ください。

※　すべて必ず記入し、押印してください。

※　この申請書にて申請できるのは、受検された日現在において当健康保険組合の、満３５歳以上の被保険者と被扶養者であることが条件となり、そのオプション検査として「胸部ＣＴ（肺ドックを含む)」・「前立腺腫瘍マーカー（ＰＳＡ)」・「乳腺Ｘ線検査（マンモグラフィー)」・「乳腺超音波検査」・「子宮がん検診」・「胃のＡＢＣ検診」を受検された者を対象といたします。なお、「胃のＡＢＣ検診」については満５０歳以上を対象者とする。また、「胃のＡＢＣ検診を受検したＡＢＣ検診については受検した場合、以後三年度ＡＢＣ検診についての助成を行わないものとする。

※　人間ドックまたは脳ドックを受検した際のオプション検査についての補助金申請は、上記オプション検査総額の内、**５，０００円まで助成**いたします。ただし、１人につき年度内に１回に限りといたします。

※　申請の際、オプション検査分の領収証（コピー可）を添付すること。

※　申請の際、ドック結果表を添付すること。（人間ドックの直接契約医療機関および健保連契約人間ドック医療機関にて受検する場合は、添付の必要はありません。）

※　健康保険法における被保険者及びその被扶養者の、健康の保持増進のために行われる保健事業として、人間ドック等の結果について、添付していただいたものを利用いたします。