

巴川製紙所健康保険組合

胃・大腸(がん)検診補助金申請書(被保険者)

	常務理事	事務長	係

申請日			
カードの記号 該当に○	41巴川 42トモカ 72三和 82理化 96物流 98任継		
番号 (カードに記載の3～4ケタのNo.)			
被保険者 (従業員)		←自筆署名の場合 合押印不要	

【提出先】
三和紙工、日本理化は各事業所担当部門
その他は健康保険組合

健保受付®

受診内容

受診日		受診 医療機関	
受診種別 (受診したものに○)	胃がん(X線)検診	胃がん(内視鏡)検診	大腸がん(便潜血)検診

※ **健保給付記入欄**

胃がん検診費用		大腸がん検診費用		合計	
				支給日	

←領収書貼りつけ位置 (このラインに左端から貼りつけてください)

注意事項

補助の対象者	35歳以上の被保険者 ※当年度は定期健診を受診、人間ドックを受けていないこと
添付書類 □に✓で確認	☐ 領収書原本 ※保険診療(3割負担)の検査は対象外です 提出前にご確認ください。
対象となる検診内容	胃がん検診 : 胃 X線検診 または 胃内視鏡検査 大腸がん検診 : 大腸便潜血検査



貼る前に領収書をチェック

- ★ 領収書に、受診した方の氏名がありますか？
- ★ 受診した種別と金額がわかる領収書ですか？