

がん検診補助金申請書

対象年齢：40歳以上（センコー健康保険組合加入の任意継続・被扶養者）
補助金額：領収書の金額（自己負担額）但し、10,000円を上限とする。

生 年 月 日	年 月 日	記号・番号	.
受 診 し た 医 療 機 関 名			
受 診 年 月 日	年 月 日	領収書の税込金額	円
受 診 し た 検 診	乳がん ・ 子宮がん ・ 大腸がん		

上記のとおり申請します

(〒 -) 年 月 日

受診者

住 所

電話番号

氏名

印

【提出期限】

受診年度の翌年度6月末まで（提出先:センコー健康保険組合）

※2023年4月1日～2024年3月31日受診分⇒2024年6月末までに提出

委 任 状	私は、 <u>事業主</u> _____ を代理人と定め、 _____ 年 月 日に 請求したがん検診補助金の受領方を委任します。
	被保険者 { 住 所 氏 名 } _____ 印

【添付書類】添付漏れがないか☑をお願いします。

- ① 領収証原本（宛名に受診者名、但し書きにがん検診費用等の記載があるもの）
- ② 特定健診（パート先健診結果・人間ドック結果等）受診結果の写し

※毎年、書類不備の申請が多発しております。発送前に、再度、書類のご確認をお願いします。
書類不備時は、申請者様へ返却いたします。再申請時の発送費は、申請者様にてご負担願います。

健保組合使用欄

常務理事	事務長	担当者	担当者

※太枠（赤文字）部分を全てご記入ください。ご記入漏れは不備となります。

記入例

センコー健康保険組合 殿

がん検診補助金申請書

対象年齢：40歳以上(センコー健康保険組合加入の任意継続・被扶養者)
補助金額：領収書の金額（自己負担額）但し、10,000円を上限とする。

生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日	記号・番号	123・45678
受診した医療機関名	〇〇〇クリニック		
受診年月日	■■年■■月■■日	領収書の税込金額	7,560円
受診した検診	乳がん・子宮がん・大腸がん		

上記のとおり申請します。

受診者 (〒 -) ◆◆年◆◆月◆◆日
住所 大阪府大阪市 123-456
電話番号 090 - 1234 - 5678
氏名(受診者) 扇 花子

ここには、受診者様の
情報を記入してください。

印

【提出期限】

受診年度の翌年度6月末まで(提出先:センコー健康保険組合)

※2023年4月1日～2024年3月31日受診分⇒2024年6月末までに提出

委任状	※被保険者証記載の事業所名 私は、事業主 〇〇〇〇株式会社 を代理人と定め、◆◆年◆◆月◆◆日に 請求したがん検診補助金の受領方を委任します。		
	被保険者	住所 大阪府大阪市 123-456 氏名 扇 太郎	ここには、被保険者様の情 報を記入してください。

印

【添付書類】

- ① 領収証^{原本} (宛名に受診者名、但し書きにがん検診費用等の記載があるもの)
- ② 特定健診 (パート先健診結果・人間ドック結果等) 受診結果の写し

健保組合使用欄

常務理事	事務長	担当者	担当者