※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	○○年○○月○○日	記号･番号	123・45678
受診した医療機関名	○○○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。

（〒　－　）　◆◆年　◆◆月　◆◆日

受診者
- 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。

【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　○○○○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。

【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