

## がん検診補助金申請書

## ★がん検診補助制度について

| コース名                | 内容・補助金額                   |
|---------------------|---------------------------|
| がん検診どれでも補助          | 1項目につき上限1000円(1000円以下は実費) |
| 胃がん・大腸がん<br>セット検診補助 | 胃がん・大腸がん検診を同時に受けた場合3000円  |

※ 胃がん・大腸がんセット検診補助は、平日・日曜・医療機関を問わず、同日に同一医療機関で受診した場合に支給。

※ 申請期間:2014年4月7日～2015年2月28日

※ 2014年4月1日～2015年2月28日までに受診したものが対象

## -----申請者記入欄-----

太枠内をご記入ください

記入日: 年 月 日

|                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |           |                                                                                                               |
|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 分会 群                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 組合員氏名     | フリガナ                                                                                                          |
| 受診者                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 該当項目にチェック |                                                                                                               |
| 氏名                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |           | <input type="checkbox"/> 組合員 <input type="checkbox"/> 家族(主婦の会の会員)<br><input type="checkbox"/> 家族(主婦の会の会員ではない) |
| 受診した項目にチェックし、かかった費用を記入 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |           |                                                                                                               |
| 受診項目                   | <input type="checkbox"/> 胃(          円) <input type="checkbox"/> 大腸(          円) <input type="checkbox"/> 前立腺(          円)<br><input type="checkbox"/> 腹部(          円) <input type="checkbox"/> 肺(          円) <input type="checkbox"/> 乳(          円)<br><input type="checkbox"/> 子宮(          円) <input type="checkbox"/> その他(項目:          ,          円) |           |                                                                                                               |
| セット検診                  | 胃がん・大腸がん検診を受診された方のみチェック<br><input type="checkbox"/> 同日に同じ医療機関で受診<br><input type="checkbox"/> 別日に受診もしくは別々の医療機関で受診                                                                                                                                                                                                                                           |           |                                                                                                               |
| 合計金額                   | かかった費用の合計を記入<br><div style="text-align: right; font-size: 2em;">円</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                    |           |                                                                                                               |

## 東京土建国保 契約オプション癌検査 上限負担額

| 検査名 | 検査方法等      | 負担額     | 検査名   | 検査方法等   | 負担額    |
|-----|------------|---------|-------|---------|--------|
| 胃 癌 | 胃レントゲン(間接) | 4,000円  | 大 腸 癌 | 便潜血2回法  | 1,000円 |
|     | 胃レントゲン(直接) | 7,000円  | 前立腺癌  | PSA     | 1,500円 |
|     | 内視鏡        | 10,000円 | 子 宮 癌 | 子宮頸部細胞診 | 3,000円 |
| 乳 癌 | マンモグラフィー   | 4,000円  | 腹 部 癌 | 超音波     | 3,000円 |
|     | 超音波        | 3,500円  | じ ん 肺 | 肺機能検査   | 2,000円 |

※ 詳細な金額は各医療機関にお問い合わせください。

## -----支部記入欄-----

支給日: 年 月 日

|         |   |
|---------|---|
| 支 給 金 額 | 円 |
|---------|---|

|            |
|------------|
| 担当者<br>確認印 |
| (印)        |

## がん検診補助金申請書

## 記入例

## ★がん検診補助制度について

| コース名                | 内容・補助金額                   |
|---------------------|---------------------------|
| がん検診どれでも補助          | 1項目につき上限1000円(1000円以下は実費) |
| 胃がん・大腸がん<br>セット検診補助 | 胃がん・大腸がん検診を同時に受けた場合3000円  |

※ 胃がん・大腸がんセット検診補助は、平日・日曜・医療機関を問わず、同日に同一医療機関で受診した場合に支給。

※ 申請期間: 2014年4月7日～2015年2月28日

※ 2014年4月1日～2015年2月28日までに受診したものが対象

分会名・群をご記入ください

申請者記入欄

組合員のお名前をご記入ください

太枠内をご記入ください

記入日: 2014年 9日

|          |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                          |                       |                                  |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------|
| ●●●分会 1群 |                                                                                                                                                                                                                                                         | 組合員氏名                                                                                                                    | フリガナ ドケン タロウ<br>土建 太郎 |                                  |
| 受診者      | 該当項目にチェック                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                          |                       |                                  |
| 氏名       | 土建 太郎                                                                                                                                                                                                                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> 組合員 <input type="checkbox"/> 家族(主婦の会の会員)<br><input type="checkbox"/> 家族(主婦の会の会員ではない) | 該当する<br>区分に<br>チェック   |                                  |
| 受診項目     | 受診した項目にチェックし、かかった費用を記入                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                          |                       |                                  |
|          | <input checked="" type="checkbox"/> 胃( 7000円) <input checked="" type="checkbox"/> 大腸( 1000円) <input checked="" type="checkbox"/> 前立腺( 1500円)<br><input type="checkbox"/> 腹部(   円) <input type="checkbox"/> 肺(   円) <input type="checkbox"/> その他(項目:   ) |                                                                                                                          |                       | 受診した項目にチェックし、費用を記入               |
| セット検診    | 胃がん・大腸がん検診を受診された方のみチェック                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                          |                       |                                  |
|          | <input checked="" type="checkbox"/> 同日に同じ医療機関で受診<br><input type="checkbox"/> 別日に受診もしくは別々の医療機関で受診                                                                                                                                                        |                                                                                                                          |                       | 胃がん・大腸がん検診を受けた場合、いずれかにチェックしてください |
| 合計金額     | かかった費用の合計を記入                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                          |                       |                                  |
|          | 合計金額を記入      9,500 円                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                          |                       |                                  |

## 東京土建国保 契約オプション癌検査 上限負担額

| 検査名 | 検査方法等      | 負担額     | 検査名   | 検査方法等   | 負担額    |
|-----|------------|---------|-------|---------|--------|
| 胃 癌 | 胃レントゲン(間接) | 4,000円  | 大 腸 癌 | 便潜血2回法  | 1,000円 |
|     | 胃レントゲン(直接) | 7,000円  | 前立腺癌  | PSA     | 1,500円 |
|     | 内視鏡        | 10,000円 | 子 宮 癌 | 子宮頸部細胞診 | 3,000円 |
| 乳 癌 | マンモグラフィー   | 4,000円  | 腹 部 癌 | 超音波     | 3,000円 |
|     | 超音波        | 3,500円  | じ ん 肺 | 肺機能検査   | 2,000円 |

※ 詳細な金額は各医療機関にお問い合わせください。

支部記入欄

支給日: 2014年 4月 9日

支 給 金 額

4,000 円

担当者  
確認印  
(印)