申請年月日 年 月 日

神栄健康保険組合 御中

健 保 欄	今回支給決定額	円
	前回支給額	円
	支給日	年 月 日

理事長	常務理事	担当者

がん検診補助金支給申請書（被扶養者・任意継続者用）

太枠内にご記入ください。

記号・番号	—	会社名	
被保険者氏名			
住所 (被保険者住所)			
今年度中(4月～3月)に別の検診の申請をした	☐ はい ・ ☐ いいえ		

受診日	受診者名	続柄	がん検診名	受診料金	健保使用欄 (補助額)
				円	円
				円	円
				円	円

受診料合計	円
-------	---

支給額 (年間限度額 8,000 円)	円
------------------------	---

<添付書類>

- 利用内容がわかる領収書（コピー）

電子申請「楽々Workflow」を利用できない被保険者や任意継続者のみ、この申請書を利用して申請してください。

※被扶養者（家族）の申請は、被保険者が代行して電子申請してください。

※任意継続被保険者のみご記入ください。

任意継続者は、以下のご指定口座に振り込みます。

金融機関名	支店名
銀行	支店
口座番号	口座名義
No.	

受領印