

河合楽器健康保険組合
常務理事 殿

本人	支店管轄・KSK松本	総括部門へ提出してください
	本社工場	健保へ直接提出してください
家族		

※保険証を使わず全額自己負担の場合のみ支給対象となります。

検診補助金請求書

請求年月日: () 年 月 日

被保険者記号・番号			被 保 険 者 名				
記 号	番 号	(フリガナ)					
		() 年 月 日生れ					
被扶養者(家族)が受診した場合は 氏名 及び 生年月日			(フリガナ)				
			() 年 月 日生れ				
検診項目	受診項目に○	受診日	支 払 額	検診項目	受診項目に○	受診日	支 払 額
胃がん				乳がん			
大腸がん				子宮がん			
前立腺がん							
検診機関に支払った 合 計 金 額			円	(健保記入欄) 健康保険組合補助額		円	

※がん検診の補助金請求は全てをまとめて一度に請求して下さい。

※結果が口頭の場合、請求書の余白に結果を記入して下さい。

添 付 書 類
1. 領収書原本(宛名、内容が明記されているもの)
2. 検診機関の『検診結果報告書』(コピー可)

※4月から翌3月までの受診に対して1回の補助
※補助金は被保険者(本人)の給与とともに
(任意継続被保険者はゆうちょ銀行口座に)
振り込みます。

補 助 金 上 限 額
1. 被保険者(本人) 全額健康保険組合負担 ※胃カメラは静脈内鎮静法は不可。大腸がんは便潜血法による。
2. 被扶養者(家族) (全て合わせて)8,000円

健康保険組合		

総括記入欄

※確認してチェックしてください

☐

申請者は節目人間ドックの対象者では
ありません

事業所総括部門		