極秘

がん

がん検診補助料請求書

令和８年度

神奈川県医療従事者健康保険組合　御中　　年　月　日

事業所の記号	
事業所の名称	
事業所所在地	
事業主の氏名	
電話番号	

要綱に基づき請求します。

検診項目			補助金額
①		胃がん	7,000円
②		子宮頸がん	5,250円
③	乳がん	視触診	2,100円
④	乳がん	ﾏﾝﾓｸﾞﾗﾌｨｰ（乳房X線検査）	3,700円
⑤	乳がん	乳房エコー（乳房超音波検査）	4,900円
⑥		前立腺がん	2,100円
⑦		大腸がん	1,200円
⑧		肺がん	1,000円

	※一人当たり金額	実施人員	金　額
A	8,000円以上	名	円
B	円	名	円
C	円	名	円
D	円	名	円
E	円	名	円
F	円	名	円
G	円	名	円
H	円	名	円
I	円	名	円
		請求金額合計	円
		金額決定欄	円

記入例を参考にご記入ください。

●他家健診の場合で、この請求にかかる補助料の受領を健診機関等に委任するときのみ記入してください。

委　任　状

補助料の受領については、(健診機関)に委任致します。　　㊞

委任者　事業所の名称　　㊞
　　事業主の氏名

振込先金融機関	金融機関コード		本支店番号		預金種別	口座番号	
	□ 銀行 □ 金庫 □ 組合		□ 本店 □ 支店		□ 普通 □ 当座	フリガナ 預金口座名義人	

受付日付印