

がん検診等 オプション検査費補助申請書

常務理事				係

健診時のオプション検査総額の記載された「領収書」を添えて本申請書を日活健保宛に提出ください。
領収書がない場合（婦人科検診等、後で健保から請求書を受け取る場合）は、本申請書のみを提出下さい。
本申請書の提出は、郵送（被保険者の場合は郵送または事業所経由）にて健保に提出ください。

① 被保険者情報 （被扶養者が申請する場合も記入ください）

被 保 険 者 情 報	被保険者等 記号・番号		事業所名									
	氏名	フリガナ	生年月日	1 昭和	元号		年		月		日	
				2 平成								
	3 令和											
	住所	フリガナ										

② 補助申請者が被扶養者の場合は記入ください（被保険者は①のみ記入）

被 扶 養 者 情 報	氏名	フリガナ	生年月日	1 昭和	元号		年		月		日
				2 平成							
	3 令和										

③ 補助額の上限は、3,000円です。1 検査3,000円に満たない場合は検査費相当額を補助
複数の検査を行なう場合は、検査合計金額に対し3,000円を補助します。

申請検査名	1		検査費 (税込)	
	2		検査費 (税込)	

④ 口座名義人は被保険者に限ります

振 込 口 座 名	金融機関 名称		支店名	
	預金種別	1 普通	2 当座	口座番号
	口座名義			

- 注1) 当該年度分の申請は、翌年3月20日必着で日活健保に提出ください。
注2) オプション検査の領収書等を紛失した場合は、補助金をお支払いできません。
注3) 健診とは別に保険診療にて受診した検査については補助の対象外となります。
注4) 市区町村で実施のがん検診については、すでに行政による補助なされているため対象外となります。