

常務理事	事務長	室長	課長	課長補佐	係長	係

「がん検診補助金」請求書

(マンモグラフィ検査 ・ PSA検査 ・ ピロリ菌検査 ・ 肝炎ウイルス検査)

を受診したので、次のとおり証拠書を添えて補助金を請求します。

令和 年 月 日

東京都報道事業健康保険組合 理事長 殿

事業所名

被保険者等
記号 - 番号

—

被保険者名

受診者名	生年月日 (年齢)	続柄	性別
フリガナ	昭和・平成 年 月 日 (歳)	本人・家族	男・女
医療機関名	検査年月日	検査料金	
	令和 年 月 日	円	
		支給決定額	円

委任状	私は事業主を代理人と定め、補助金の受領方を委任します。			令和 年 月 日
	被保険者	住所		
		氏名		
	代理人 (事業主)	住所		
		事業所名		
		氏名		

必要事項を記入の上、本請求書と証拠書等(がん検診受診者の氏名が明記された領収書)を**事業所ご担当者へご提出ください。**

※ 被保険者等記号一番号は、①マイナポータル②資格情報のお知らせ③資格確認書のいずれかでご確認ください。

※ 自費検査として受診した場合に領収書を裏面に貼付の上、ご請求ください。

※ マンモグラフィ検査・肝炎ウイルス検査は40歳以上が補助対象となります。

※ PSA検査は50歳以上が補助対象となります。

※ ピロリ菌検査・肝炎ウイルス検査は加入期間中1回のみ補助対象となります。

※ 乳房超音波検査(エコー検査)は補助対象外となります。

※ 保険診療にて受診した場合は、補助対象外となります。