

常務理事	事務長	課長	係長	担当者	補助金額
					円 × 名 円 =

ガン健診事後申請書

令和 年 月 日

千葉県トラック健康保険組合理事長 殿

名 称
 事業所
 所在地
 代表者
 申請者氏名

実施医療機関名							
受診年月日		令和 年 月 日					
支払先金融機関	銀行 本店		普通・当座		口座名義人		
	信用金庫 支店		口座番号		フリガナ		
受診者	記号	番号	本・家区分	氏名	性別	年齢	検査項目
			本人・家族				前立腺・乳・子宮
			本人・家族				前立腺・乳・子宮
			本人・家族				前立腺・乳・子宮
			本人・家族				前立腺・乳・子宮
			本人・家族				前立腺・乳・子宮
			本人・家族				前立腺・乳・子宮
			本人・家族				前立腺・乳・子宮
			本人・家族				前立腺・乳・子宮

※①太枠内をご記入下さい。

②支払先金融機関「普通・当座」欄、受診者「本・家区分」欄、検査項目「前立腺・乳・子宮」欄は該当するところを○で囲んで下さい。

③医療機関の発行した請求書及び結果表（全て写し）を添付して下さい。

④裏面に利用要領を記載しております。ご確認の上、申請下さい。

受付印	受付番号

ガン健診利用要領

〒275-0024
習志野市茜浜1-10-2
千葉県トラック健康保険組合
TEL 047 (452) 6661

ご利用を希望されるときは下記要領にて取り扱い致します。

記

- ① 被保険者及び被扶養者で、特定健診(40歳以上)、生活習慣病予防健診・人間ドック(35歳以上)受診時にオプション検査として、前立腺ガン・子宮ガン・乳ガン健診を受診した方が対象です。
※治療に関するガン検査については補助の対象外です。

- ② 結果表・請求書(すべて写)を申請用紙に添付の上、当組合宛申請を行って下さい。

- ③ 申請受理後、資格及び必要書類等を確認後、指定口座へお振り込み致します。

- ④ 当組合補助金額は

- ・前立腺ガンに関する検査 上限 2,100 円
- ・子宮ガンに関する検査 上限 3,500 円
- ・乳ガンに関する検査 上限 4,200 円 です。

※消費税については別税となります。

※検査費用が上限未満の場合は実費をお振り込み致します。

- 注) 1. 補助は年度内1回となります。
2. 補助金申請は健診受診後3ヶ月以内に行ってください。