

年 月 日

■ 申請書送付先

☐ 健康保険組合宛	鹿児島銀行健康保険組合の被保険者・被扶養者（配偶者）
☐ 人事部（生活健康相談室）宛	鹿児島銀行健康保険組合に加入していないスタッフ

がん検診補助金交付申請書

下記のとおりがん検診補助金交付を申請いたします。

■ 申請者情報

室部課店名		保険証記号・番号	70-
役職員番号		受診者本人氏名	

■ 検診内容

検査項目		検査費用	受診日	
大腸がん検診		円	月	日
膵臓がん検診		円	月	日
脳検診・脳ドック		円	月	日
乳がん検診	マンモ	円	月	日
	エコー	円	月	日
子宮がん検診	細胞診	円	月	日
	エコー	円	月	日

※補助額の限度額未満の場合は、実費補助とする。

■ 振込指定口座（原則、給与振込指定口座とする）

店名（店番）	（ ）	口座番号	普通（ ）
口座名義（カナ）			

■ 確認事項

☐ 提出書類：本用紙・領収書原本・明細を準備した。
☐ 領収書にて、全額自己負担（自己負担割合10割）を確認した。 ※保険証を使用した場合、補助対象外
☐ 人間ドック・PET検診で該当の検診項目を受診していない。
☐ 申請期間内であることを確認した。（受診期限：1月末まで、申請期限：2月末まで）

■ 人事部・健康保険組合使用欄

補助額	大腸がん検診 膵臓がん検診・脳検診	被保険者・被扶養者	15,000円 ・ ()
	乳がん検診	被保険者	4,000円 ・ 8,000円 ・ ()
		被扶養者	3,000円 ・ ()
	子宮がん検診	被保険者	3,500円 ・ 7,000円 ・ ()
		被扶養者	3,000円 ・ ()
合計支給額	人事部 (		

受付印	常務理事	事務長	担当