（事業所請求用）

NO.

支給決定欄	伺の日	令和　　年　　月　　日	常務理事	事務長	係	係
	支給決定額	円				

補助金算定基礎					
PSA検診　名 × 1,000円 ＝　円		被保険者	被扶養者	合　計
肝炎検診　名 × 1,000円 ＝　円	P	名	名	名
計　名 × 1,000円 ＝　円	肝	名	名	名

※上記は記入しないでください。

ＰＳＡ検診・肝炎検診補助金請求書

1 請求期間　令和　　年　　月　　日 ～ 令和　　年　　月　　日　実施分

2 受診者数　　名

3 請求金額　　円

【添付書類】

1 PSA検診・肝炎検診補助金請求者名簿

2 領収書（原則原本）をＡ４用紙等に貼付してください。なお、保険診療分は対象外です。
また、市町村のがん検診の助成制度を利用して受診された場合も補助の対象外です。
※　領収書の但し書きには、ＰＳＡ検診・肝炎検診である旨を記載してもらうよう、受診医療機関へご依頼ください。

【注意事項】

1 申請対象者　　３５歳以上の被保険者及び被扶養者

2 実施の期間　　令和７年４月１日から令和８年３月３１日

3 請求受付期限　　令和８年４月１０日

4 補助金の額　　実施期間内に１回のみ、それぞれ１，０００円を限度として補助します。

上記のとおり実施したので、補助金請求をいたします。

令和　　年　　月　　日

みづほ健康保険組合理事長　様

所在地

事業所名　　称

事業主

補助金振込先

金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義人
		普通		
		当座		
金融機関コード	コード			

受付日付印

PSA検診・肝炎検診補助金請求者名簿

事業所名

事業所記号		NO.

	健保証番号	検査を受けた方の氏名	区分	PSA・肝炎検診 該当分に○			請求金額	
1			本人	PSA	検診費用	円	合計	円
			家族	肝炎	検診費用	円		
2			本人	PSA	検診費用	円	合計	円
			家族	肝炎	検診費用	円		
3			本人	PSA	検診費用	円	合計	円
			家族	肝炎	検診費用	円		
4			本人	PSA	検診費用	円	合計	円
			家族	肝炎	検診費用	円		
5			本人	PSA	検診費用	円	合計	円
			家族	肝炎	検診費用	円		
6			本人	PSA	検診費用	円	合計	円
			家族	肝炎	検診費用	円		
7			本人	PSA	検診費用	円	合計	円
			家族	肝炎	検診費用	円		
8			本人	PSA	検診費用	円	合計	円
			家族	肝炎	検診費用	円		
9			本人	PSA	検診費用	円	合計	円
			家族	肝炎	検診費用	円		
10			本人	PSA	検診費用	円	合計	円
			家族	肝炎	検診費用	円		
11			本人	PSA	検診費用	円	合計	円
			家族	肝炎	検診費用	円		
12			本人	PSA	検診費用	円	合計	円
			家族	肝炎	検診費用	円		
13			本人	PSA	検診費用	円	合計	円
			家族	肝炎	検診費用	円		
14			本人	PSA	検診費用	円	合計	円
			家族	肝炎	検診費用	円		
15			本人	PSA	検診費用	円	合計	円
			家族	肝炎	検診費用	円		
16			本人	PSA	検診費用	円	合計	円
			家族	肝炎	検診費用	円		
17			本人	PSA	検診費用	円	合計	円
			家族	肝炎	検診費用	円		
18			本人	PSA	検診費用	円	合計	円
			家族	肝炎	検診費用	円		
19			本人	PSA	検診費用	円	合計	円
			家族	肝炎	検診費用	円		
20			本人	PSA	検診費用	円	合計	円
			家族	肝炎	検診費用	円		
21			本人	PSA	検診費用	円	合計	円
			家族	肝炎	検診費用	円		
22			本人	PSA	検診費用	円	合計	円
			家族	肝炎	検診費用	円		
23			本人	PSA	検診費用	円	合計	円
			家族	肝炎	検診費用	円		
24			本人	PSA	検診費用	円	合計	円
			家族	肝炎	検診費用	円		
25			本人	PSA	検診費用	円	合計	円
			家族	肝炎	検診費用	円		

計	本人	名	PSA	件	肝炎	件	円
	家族	名	PSA	件	肝炎	件	円
総計		名	PSA	件	肝炎	件	円

注：総計欄について、２枚以上になる場合は、最終ページのみに記載願います。