（任継者用）

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		名	名	名
		計　　名 × 1,000円 ＝　　円				

※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

被保険者証記号番号	９９９　－	被保険者氏名	
住　所	〒　　－ 電話番号　　－　　－		

検査を受けた方の氏名	区分	PSA検診実施年月日 肝炎検診実施年月日	実施した医療機関名
	本・家	令和　年　月　日 令和　年　月　日	
	本・家	令和　年　月　日 令和　年　月　日	
	本・家	令和　年　月　日 令和　年　月　日	
	本・家	令和　年　月　日 令和　年　月　日	
	本・家	令和　年　月　日 令和　年　月　日	

【注意事項】

１ 申請対象者　３５歳以上の任意継続被保険者及び被扶養者

２ 実施期間　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（金）

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。

５ 添付書類　PSA検診・肝炎検診であることが記載された**領収書（原則原本）を裏面に添付してください。なお、保険診療分は対象外です。**

６ その他・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は、補助の対象外です。

・資格喪失日（期間満了、再就職、保険料未納喪失等）以後の検査による補助金請求はできません。

補助金振込先（被保険者本人の口座に限ります。）

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		フリガナ
金融機関コード	支店コード			

受付日付印

上記のとおり請求します。　　令和　　年　　月　　日

みづほ健康保険組合理事長　　様