

(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				
		計 名 × 1,000円 = 円	名	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

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	実施した医療機関名
		肝炎検診実施年月日	
	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	
	本・家	令和 年 月 日	
		令和 年 月 日	

【注意事項】

- 申請対象者 35歳以上の任意継続被保険者及び被扶養者
- 実施期間 令和4年4月1日から令和5年2月28日
- 請求受付期限 令和4年3月13日(月)
- 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。
- 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。
- 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		フリガナ
		当座		
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