

【事業主申請用】

年 月 日

* 計算内訳として、請求書に添付願います。

大陽日酸健康保険組合

適用事業所 実施箇所名	
----------------	--

がん検診【健保補助額 計算内訳書】

健診機関名								
検診項目	対象者	a 一人当り税込価格		b 受診人数		a×b 税込金額		健保組合補助 限度額(円:税込)
前立腺がん検診	50歳以上 男性被保険者		円		人		円	3,000
乳がん検診 (マンモグラ フィー)	30歳以上 女性被保険者		円		人		円	7,500
乳がん検診 (超音波法)	30歳以上 女性被保険者		円		人		円	5,500
子宮頸がん検診	20歳以上 女性被保険者		円		人		円	5,000
胃がんリスク検診 (ピロリ菌)	35歳 被保険者		円		人		円	3,000
					合計		円	

- * a欄:実際の実施金額(補助限度額以上は、補助限度額)を記入願います。
- * 医療機関の請求書及び受診者名簿(生年月日記載のもの)提出願います。
請求書に単価が記載されていない場合は、単価が明記された見積書などを添付願います。
- * 乳がん検診について、この事業主申請にて補助金申請できるのはどちらか片方のみです。
マンモグラフィ、超音波法の両方を受診された場合は、片方を個人申請用Aにて申請してください。