|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 在職中の方 | **→** | 事業所（勤務先）の健保業務担当部門〔総務・人事等〕 | **―→** | 健保組合 | **→** | 事業所へ振込 | **→** | 本人の口座へ振 込 |
|  |  |
| 退職者・任意継続の方 | **―――――――――――→** | **―――――――――→** |

【申請から給付の流れ】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 金　　　　額 |  | 支　給　決　定　伺 |
| 被保険者 | 被扶養者 | 　　　　年　　月　　日 |
| 　　　　　　　　　　　　円 | 円 | 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
|  |  |  |
| 備考 |

**自治体がん検診補助金請求書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **※保険診療で受けた検査は補助対象外です。**  | 被保険者等 | 記号 |  | 受診者名 | 被保険者 |  | 受診時の年齢歳 | 続柄 |
| 番号 |  | 被扶養者 |  | 受診時の年齢歳 |  |
| 検診の種類（該当に○） | 自治体検診（↓自治体からの案内により受診した項目に○）①肺がん　　　②胃がん　　　③大腸がん　　　④前立腺がん　　　⑤子宮頸がん⑥乳がん⇒ａマンモ ・ ｂエコー ・ ｃ触診　　⑦その他(検診項目：　　　 　　　) |
| （自治体健康診査は、市区町村名） |  |
| 利　用　年　月　日 | 自． 　　年 　　月 　　日 ～　至． 　　年 　　月 　　日 |
| 検 診 等 の 料 金 | 被保険者 | 円 | 被扶養者 | 円 |
| 上記の通り申請いたします。また在職期間中に係る申請の場合、本申請書に基づく補助金の受領を事業主へ委任いたします。**アルバック健康保険組合　理事長　殿** 年 　 月 　 日被保険者　住　所氏　名　　　　　　　 　　　 　　　　　 |

【注意事項】

|  |
| --- |
| ●対象者： 被保険者と被扶養者で自治体が受診を認めた方。●補助回数：健診項目毎に年度内(4月～翌年3月まで)1回。●補助金額：実費を全額補助(最低自己負担なし)。●添付書類：「市区町村名」「受診者名」「検査項目」が明記された領収書(原本)と自治体からのハガキや通知・市報のコピー等、自治体検診の条件が判るもの。●請求方法：受診費用を全額支払い、この用紙「自治体がん検診補助金請求書」を記入の上、上記添付書類を添付し、勤務先事業所の健保事務ご担当者様へ提出してください。任意継続の方は、直接健保へ提出してください。●支払方法：請求在籍中の方は、事業所経由で支払います。任意継続の方は、健康保険組合に登録された口座に振り込まれます。 |

※ 時 効 ： 請求権は、事実のあった日の翌日から起算して２年で時効となります。