|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。