トピー健康保険組合理事長　殿

【記入例】

［様式第２号］

**任意継続被保険者用**

# 地 方 自 治 体 健 診 補 助 金 申 請 書

※太枠内をご記入ください

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 記　　号 | 144 | 番　　号 | 000000 | 被保険者氏名 | 健保　太郎 | | |
| 住　　所 | 〒　000 ― 0000<br>○○県○○市○○町１－１ | | | | | | |
| 受　診　者 | 氏 名 | 健保　太郎 | 生年月日 | 昭和<br>平成<br>令和 | 00 年　00 月　00 日 | 続 柄 | 本人 |
| 受診医療機関<br>もしくは自治体 | ○○市 | | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 検 査 項 目 | 大腸がん検査<br>（便潜血） | 前立腺がん検査 | ※検査費用支払金額は、<br>受診者が窓口で支払った金額です |
| 受　診　日 | 00 月　00 日 | 00 月　00 日 | |
| 検 査 費 用<br>支 払 金 額 | 000　円 | 000　円 | |

令和00　年　00 月　00 日　提出

**(注)**

**１．当補助金の健診項目と補助金対象者は、当健保組合の健康診査実施規程に定めております。　※下記表を参照**

| 検査項目 | 補助金対象者 |
|---|---|
| 大腸がん検査（便潜血） | 年度末現在で３５歳以上の被扶養者及び生活習慣病予防健診の項目に含まれる大腸がん検診を受けられなかった被保険者 |
| 前立腺がん検査 | 年度末現在で５０歳以上の被扶養者 |

**２．当補助金は地方自治体健診に対するものであり、保険診療については適用外となります。**

**３．人間ドック、家族ドック、ファミリー健診を受診した方もしくは受診予定の方は当補助金の対象外となります。**

**４．この用紙の裏面に受診した検査項目が確認できる領収書、証明書等をのり付けしてください。**

**５．補助金は当該年度（４月１日から翌年３月３１日）を対象としています。**
**申請書は翌年度４月５日までに健保組合へご提出ください。**

**<例> 令和５年９月１日受診分の補助金申請書 ⇒ 令和６年４月５日健保必着**

**６．補助金申請書の提出先**

**〒１４１－８６３４**
**東京都品川区大崎１丁目２－２　アートヴィレッジ大崎セントラルタワー**
**トピー健康保険組合**

## 支 出 決 定 伺

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 決裁日 | | 支給額 | 常務理事 | 事務長 | 担　当 |
| 執行日 | | ¥ | | | |