

# 全身がん検診費用補助金支給申請書

## 《提出書類》

- ① 全身がん検診費用補助金支給申請書
- ② 1～6が記載されている領収証(書)の原本  
1.受診者氏名 2.検診日 3.検診代金 4.医療機関等名 5.医療機関等の領収印 6.全身がん検診代但し書き又は料金の内訳
- ③ 検査結果表の写し

対象者 : 全身がん検診受診日に40歳以上のマーキュリー健康保険組合の被保険者であること  
補助額 : 実費相当額の50% (年度毎(4月～3月)に1回を限度)  
補助方法 : マーキュリー健康保険組合登録の銀行口座に振込

太枠内を全て記入して下さい。該当する□に✓を記入して下さい。

受診者 (被保険者) 記入欄	被保険者		被保険者 氏名		被保険者 電話番号 (日中の連絡先)	
	記号	番号	印 自署の場合は押印を省略できます			
	被保険者 住所					
	(〒 - ) 都 道 府 県					
	全身がん検診を受けた医療機関					
	医療機関名 :			所在地 : 電話番号 :		
	全身がん検診日		かかった費用		前回全身がん検診日	
	令和 年 月 日		円		令和 年 月 日	
	検診結果					
<input type="checkbox"/> 異常なし (良好) <input type="checkbox"/> 要指導 (定期的な観察が必要) <input type="checkbox"/> 要精密検査 (医療機関等での精密検査、治療が必要)						

マーキュリー健康保険組合 理事長 殿

上記の通り全身がん検診費用補助金を申請します。

令和 年 月 日 提出 被保険者名 \_\_\_\_\_

提出先 〒169-0073  
東京都新宿区百人町1-22-17 新宿リサーチパークビル  
マーキュリー健康保険組合 宛

受付印

健 保 記 入 欄	支給金額	常務理事	事務長	担当	担当	受診日時年齢	歳
	円					資格取得	年 月 日
						資格喪失	年 月 日
						支給日	年 月 日