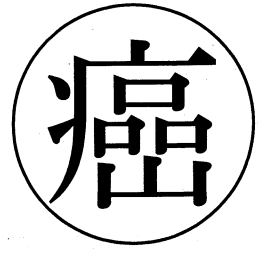


◎健康保険（治療等）にて実施した場合は組合補助金の対象外になります。



組合使用欄	常務理事	事務局長	部長	課長	係長	担当者
交付決定金額	<div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 2em;"> <span>胃</span> <span>子</span> <span>乳</span> <span>前</span> </div>					

(様式第1号)

申請する種目すべてに丸を付けてください。

申請日：令和 年 月 日

東京都医業健康保険組合理事長殿

事業所記号(4桁)	
-----------	--

〒 (      -      )

[実施者区分]

所在地

本人	家族
----	----

事業所名

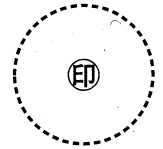
↑ 該当する方に○をしてください。

事業主名

※本人・家族はまとめて申請できません。

ご担当者名

ご連絡先



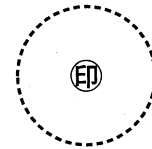
## 令和4年度 癌検診補助金交付申請書(事業所用)

癌検診を下記のとおり実施いたしましたので、補助金の交付を申請します。

実施年月	令和 年 月分	実施件数	件
------	---------	------	---

別添報告書のとおり実施したことを証明いたします。 令和 年 月 日

所在地  
実施医療機関名  
代表者名



※実施医療機関名は、病院名・クリニック名までご記入ください。(ご担当者名： )  
(ご連絡先： )

費用 振込銀行	銀行情報	銀行 金庫 信組 農協	本店(所) 支店(所)	預金別	普通・当座
	フリガナ	銀行コード	店番	口座番号	
	口座名義				口座番号

(口座名義は金融機関への届け出の通りに記入してください。)

※ 補助金明細表をご記入の上、注意事項をお読みください。

※印鑑漏れ、記入漏れが無いかがご確認ください。

# 補助金明細表

事業所記号(4桁)

※検査毎に、検査費用が補助金限度額を上回った場合は自己負担が発生し、下回った場合は実際にかかった費用のみのお支払いとなります。

	補助金限度額	検査項目	実施件数	金額	組合記入欄
胃癌	11,000円 ※申請は1人につき どちらか1項目	レントゲン	件	円	
		内視鏡	件	円	
子宮癌	5,500円		件	円	
乳癌	6,600円 ※申請は1人につき どちらか1項目	マンモグラフィー	件	円	
		超音波	件	円	
前立腺癌	3,300円		件	円	
合計			件	円	

## ～ 注 意 事 項 ～

- 補助金の申請は年度につき1人1回です。また、各種目ごとに年齢の制限がございますのでご注意ください。(胃癌：25歳以上、子宮癌：20歳以上、乳癌：25歳以上、前立腺癌：50歳以上 ※すべて今年度の年齢)
- 実施した月の翌月末までに事業所毎でとりまとめて提出してください。  
令和4年度の申請の提出最終締め切りは、令和5年4月7日組合必着です。  
～締め切り後の申請はできませんので、ご注意ください～

## ～補助金請求に必要なもの～

- ①癌検診補助金交付申請書
- ②補助金明細表
- ③各種癌検診実施結果報告書
- ④領収書の写し (医療機関に全額支払った場合)

※組合より配布したのものについては、①と②は表裏一体となっております。