

市町村検診補助金申請書の提出締切は
受診年度の3月末日とします
受診結果が届きましたら、速やかに申請の
手続きをお願いします

北陸銀行健康保険組合 殿

令和		年	月	日
常務理事	事務長	担 当	支給金額	
			円	

市町村検診補助金申請書

提出日

年

月

日

被保険者

記号

番号

氏 名

印

所 属

(TEL内線)

下記のとおり市町村検診を受診しましたので、補助申請いたします。

記

受診者		続		住	市区
氏 名		柄		所	町村

検 診 項 目	金 額	検 診 項 目	金 額
胃がん	円	子宮がん	円
大腸がん	円	乳がん	円
肺がん	円		円
*受診された検診項目に金額をご記入ください。 その他検診を受診された場合は空欄にご記入ください。		合 計 金 額	円

添付書類

以下すべてを添付ください

☐ 領収書（本書）

☐ 検診結果（コピー）

☐ 市町村が主催している検診であることがわかる書類（コピー）
（市町村広報誌、健診ご案内パンフレット、ホームページ等）

以 上

領 収 書 貼 付 欄（コピー不可） ※貼れない場合は裏に貼ってください

- 対象者は、北陸銀行健康保険組合の**被保険者**および**被扶養者**です。
- 補助金額は、1項目 5,000 円（税込）を上限とし、同一項目に対する補助は年度内 1 回とします。
- 検診結果、パンフレット等は左肩ホッチ留めし、提出願います。
- 補助金は、後日、健保にお届けの口座へ振込します。