

令和8年度 生活習慣病予防健診補助金交付申請書

川崎汽船健康保険組合 御中

令和 年 月 日 提出

事業所名称

事業主氏名

健診実施事業所の 名称(支店・営業所) 及び所在地									
健診実施医療機関の 名称及び所在地									
健診実施期間 (R8.4.1～ R9.3.31 限り)	令和	年	月	日から	令和	年	月	日迄の	日間実施
事業所担当者	所属部課名 氏名								

検 査 項 目		補助上限額(税抜)	実施単価()	受診人数	申 請 額()
胃 が ん	胃部エックス線 (バリウム)	13,000 円	円		円
	胃部内視鏡 (カメラ)	13,000 円	円		円
便潜血反応		2,000 円	円		円
上腹部超音波 (胆・肝・腎・脾・膵)		7,500 円	円		円
喀痰細胞診		3,500 円	円		円
眼底 (および眼圧)		1,500 円	円		円
前立腺がん (PSA) 50 才以上		2,000 円	円		円
子宮頸がん (細胞診)		6,000 円	円		円
乳 が ん	乳房エックス線 (マンモグラフィー)	6,000 円	円		円
	乳腺超音波	6,000 円	円		円
			交 付 申 請 額 (税込)		円
No.		支 給 決 定 額 (税込)		円	

(注意)

- 支給決定額 以外の欄を記入して下さい。
- 添付書類は 請求書 及び 請求明細書 (検査ごとの単価がわかるもの) の写しと 被保険者証の記号・番号を付した個人ごとの検査結果表です。
- 支給額の計算で生じた1円未満の端数は 切り捨てです。
- 健診を有効に活用するため、再検査や治療が必要と判断された被保険者については 其の後の指導をお願いいたします。

受付日付印