

提出先：被保険者・被扶養者→ニチレイ健康保険組合

申請日 2024 年 8 月 1 日

健保記入欄	支給額（補助金額）
円	

受付印

がん検診精密検査費用補助金申請書

被保険者証	記号 2101 番号 1010	社員番号	P00000	氏名	日冷 太郎
会社名/所属部署名 (株)ニチレイ ●●●事業所					連絡先（TEL） 080-xxxx-0000
受診者氏名 ※上記と同じ場合不要				続柄	被保険者本人・被扶養者（家族）
検査項目名（必須）	大腸がん検診				
受診医療機関名	聖路加国際病院				
精密検査受診日	2024/7/15	支払金額（領収書の金額）	8,500 円		

※申請にあたって下記注意事項を必ずお読みの上、領収書本票を添付して提出願います。

提出の注意事項兼 領収書貼りつけスペース
領収書はこの部分に貼るか裏面に添付をお願いします。