

健 保 記 入 欄	支給額	すい臓がん腫瘍 マーカー検査費用	円
		計	円

被保険者
健康保険

すい臓がん腫瘍マーカー検査費用補助金支給申請書

※組合が定めた検査項目を満たすもの限り、その費用の限度額8,000円(実費内)まで補助されます。

提出日	令和 年 月 日		※太枠内に必要事項をご記入ください。			
健康保険 被保険者証	記号	社員番号	被保険者氏名			
	番号					
被保険者 住所	〒		所属事業所 及び部署名			
	電話 ()	メールアドレス				
受診者氏名	フリガナ	性別	男 ・ 女	生年月日	昭和 ・ 平成	年 月 日
受診日	令和 年 月 日		受診医療機関名			
受診した健診項目を選び○を付けてください。						
補助対象項目	CA19-9検査と CEA検査	【40歳以上の被保険者が下記健診項目「1」、「2」を受診した場合、補助対象となります。】				
	CA19-9検査、CEA検査を含んだ腫瘍マーカー検査(1, 2を含んだ腫瘍マーカー検査のセット)	1 CA19-9 2 CEA				
上記検査に要した費用を記載してください。 ※契約外医療機関にて生活習慣病健診・人間ドックを受診した際は「健康診断費用補助金支給申請書」とこの用紙を一緒にご申請ください。 ※「健康診断費用補助金支給申請書」の「上記健康診断に要した費用」欄には右記金額を除外して申請してください。		円(領収書記載の該当検査金額をご記入ください。)				
<補助金申請時必要書類> 確認の上、チェックをいれてください。		<input type="checkbox"/> CA19-9、CEA検査項目と費用が明記された領収書または明細書の原本				

健保からの補助金は、
会社へ届出されている給与口座に振込みさせていただきます。
任意継続の方は、任継申し込み時に届出された口座への振込みとなります。

受 付 印

【送付先/問い合わせ先】
151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷5-21-14 バリュエーHRビル3階
アルプス技研グループ健康保険組合
電話：03-5990-2177
メール：info@alpsgiken-kenpo.jp