

	担当者

## 婦人科検診 補助金請求書

婦人科検診に対する補助金について、医療機関の領収書および検査結果表を添付し請求いたします。

太枠内をすべて記入してください

平成 年 月 日

被保険者証の記号番号	—	被保険者の氏名・印	刀がナ <span style="float: right;">(印)</span>		
被保険者の生年月日	昭・平 年 月 日	性別	男・女		
被保険者の現住所	〒 TEL				
所属部署(店舗)	TEL				
受診者	氏名	刀がナ	生年月日	昭・平 年 月 日	生
受診医療機関	名称				
	所在地	〒			
受診日	平成 年 月 日				
検診の種類 <small>(該当するものに○を付けて下さい)</small>	1. 子宮がん検診のみ受診    2. 乳がん検診のみ受診    3. 両方を受診				
検診にかかった金額	円				

- (注) 1. 検診後は、この請求書に ①「医療機関の領収書の原本」と ②「検査結果表(コピー可)」を添付の上、健康保険組合あてに請求してください。
2. 婦人科検診の補助金は、被保険者の給与振込口座に振込みいたします。
3. 各々、規程の上限金額3,000円までの補助となります。
4. 保険診療での検査代は、補助の対象外となります。

受付日付印

※健保記入欄

支給金額	
	円