


	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	1 — 123456	被保険者の氏名・印	ワガナ ケンポ タロウ 健保 太郎	
被保険者の生年月日	昭・平 〇〇年 〇月 〇〇日	性別	男・女	
被保険者の現住所	〒 123-4567 〇〇県〇〇市〇〇1-2-3 〇〇マンション205 TEL 00-0123-4567			
所属部署(店舗)	株式会社 〇〇〇〇 〇〇店 TEL 00-4567-8910			
受診者	氏名	ワガナ ケンポ ハナ 健保 花子	生年月日	昭 〇〇年 〇〇月 〇〇日 生 平
受診医療機関	名称	〇〇病院		
	所在地	〒 123-4567 〇〇県〇〇市〇〇 3-2-1		
受診日	平成 〇〇年 〇〇月 △△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	8,500 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