

女子被保険者(子宮がん・乳がん)検診補助金交付申請書

申請日 平成 00年 0月 0日

事業所名	000株式会社	保険証番号	000-0000		
被保険者氏名	保健 花子	印	年齢	36歳	
検診日	平成 00年 0月 0日 から 平成 00年 0月 0日まで				
検診区分	(右の該当区分に○して下さい)→ *子宮がん検診 ・ *乳がん検診				
市町村名又は 検診機関名	●● 健診センター	検診費用	0,000 円		
女子被保険者の 振込先(該当 機関に○)	□□□□	銀行 信金 信組 農協	口座番号(普通)	ナガナ	ホケン ハナコ
	○○○	支店 出張所	○○○○○○○○○○	名義	保健 花子
※必ず女子被保険者ご本人の振込先口座をご記入下さい。					

添付書類 領収書(コピーは不可)受診者の氏名と検診項目・金額等が確認できるもの
(検診項目が確認できない領収書の場合は検診項目・金額が確認できる書類の添付か自分で明細を記入願います)

[注] 検診区分および補助金交付申請できるのは次の方々です。

検診区分	補助金交付申請資格者	健康保険組合補助金限度額
子宮がん検診 乳がん検診	30才以上の女子被保険者 (申請者および振込先は女子被保険者)	3,500円

- 健康保険証を使用した場合の検診は、医療行為となり補助金の対象外です。
(領収書に含まれている場合は明細をご記入下さい)
- 人間ドックの費用の中に子宮・乳癌検診の費用が含まれる場合は、人間ドック申請書とこちらの女子被保険者検診補助金交付申請書の2部で申請下さい。但し、子宮・乳癌検診明細が領収書で確認できる場合以外は受診したと判るもの(検診結果表)等の添付が必要です。

常務理事	課長	経理	担当者	交付決定金額
				円
				交付執行日
				平成 年 月 日