

婦人科検診補助金申請書

紀陽銀行健康保険組合 宛

令和 年 月 日

被保険者証の記号・番号	記号		番号	
事業所名				
所属部署				
フリガナ				
申請者(被保険者)名				
住所(住民登録のある)				

以下のとおり婦人科検診の補助金を申請します。

1. 受診した検診に○を付けてください。(同一年度内に両方受診する場合は、1回で請求してください)
- ・ 子宮がん検診

・ 乳がん検診
2. 補助金申請金額とその内容(補助金支給限度額 3,000円または実費額のいずれか少ない金額)
- ・補助金支給限度額は、子宮がん検診、乳がん検診(但し、マンモ・エコーどちらか一方のみ)それぞれ3,000円ずつ
- ※市区町村での補助制度がある場合、市区町村の補助金を利用した上での金額に対して補助を行う。

検診を受診した者の氏名・生年月日	被保険者・被扶養者の別 (いずれかに○)	補助金申請金額	市区町村の補助 (いずれかに○)	
			子宮がん	乳がん
	被保険者 被扶養者	円	有・無	有・無
昭和 平成 年 月 日生				

3. 振込口座 (申請者:被保険者の本人口座)

紀陽銀行	支店名		普通預金	口座番号	
------	-----	--	------	------	--

4. その他
- ・裏面に領収書の原本を貼付してください。領収書に子宮がん検診と金額、または乳がん検診と金額が記入されていること。もしくは、別に明細書に記載があれば、それも貼付してください。
- ⑨ 同一年度内に、定期検診で健康保険証を使って受診したり、人間ドックまたは被扶養配偶者専用の健康診断で同じ検診を受診している方は申請不可となります。

健保組合使用欄

健保組合受付印

支出決定伺	常務理事	事務長	係
支給日			