

40歳以上 被保険者

40歳未満 被保険者

婦人科検診 補助金 申請書

添付書類
 ①領収書(原本)
 ②明細書(コピー可)
 ②健診結果(コピー可)

事業所所在地	印
事業所名所	
事業主氏名	
電話	

振込先

口座名義人 (カナで記入)	銀行	支店	種別	口座番号			
	信用金庫	本店	当座				
	信用組合	支店	普通				

健診月日	保険証番号	氏名	年齢	健診医療機関名	健診料金	婦人科オプション <input type="checkbox"/> して下さい				補助金額 ※健保使用欄	備考
						子宮細胞診	乳房超音波	乳房マンモ	視・触診		
/											
/											
/											
/											
/											
/											
/											
/											
/											
/											
/											
/											
/											
/											
/											
/											
/											
/											

受付印

注意 特定健診の検査項目(問診等も含む)が受診し報告することが条件となります。

婦人科オプションは健康診断と同時に申し込みされた場合のみ補助の対象となります。

子宮細胞診(①医師採取法②自己採取法)①~②のいずれか一方

乳房診(①マンモグラフィ②医師の視触診+マンモグラフィ③超音波診断法④医師の視触診+超音波診断法)①~④いずれか一方