

40歳未満 被保険者

40歳以上 被保険者

婦人科検診 補助金申請書 (個人)

令和 年 月 日

|         |            |       |
|---------|------------|-------|
| 記号-番号   | 被保険者名      | 生年月日  |
| —       | Ⓜ 昭和<br>令和 | 年 月 日 |
| 住所 連絡先  |            |       |
| 〒 ☎ ( ) |            |       |

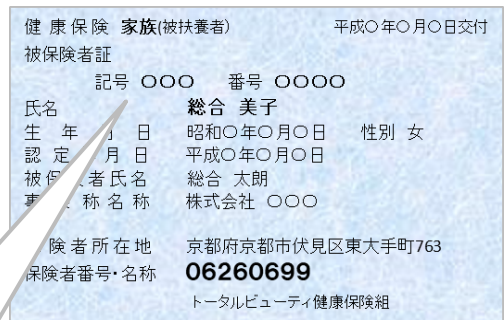
|            |             |         |       |              |      |  |
|------------|-------------|---------|-------|--------------|------|--|
| 検診を受けた方の氏名 |             | 医療機関の名称 |       | 受診日          |      |  |
|            |             |         |       | 令和 年 月 日     |      |  |
| 検診項目       |             | 申請欄     |       | 健保欄 記入しない下さい |      |  |
|            |             | ✓       | 領収書金額 | 検査料金         | 補助金額 | 健康診断   |
| 子宮細胞診      | 医師採取法       |         | 円     | 円            | 円    | <input type="checkbox"/> 東振協<br><input type="checkbox"/> 基金<br><input type="checkbox"/> その他<br>/<br><input type="checkbox"/> 未 |
|            | 自己採取法       |         | 円     | 円            | 円    |  |
| 乳房診        | 超音波診断法      |         | 円     | 円            | 円    |  |
|            | 触診+超音波診断法   |         | 円     | 円            | 円    |  |
|            | マンモグラフィー    |         | 円     | 円            | 円    |  |
|            | 触診+マンモグラフィー |         | 円     | 円            | 円    |  |
| 合計         |             |         | 円     | 円            | 円    |  |
| 検査料金額      | 自己負担金額      | 健診結果添付  | 領収書添付 | 補助金額         | 備考   |  |
| 円          | 円           | 通       | 通     | 円            |      |  |

|     |                    |          |          |                 |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----|--------------------|----------|----------|-----------------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 振込先 | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合 | 本店<br>支店 | 預金<br>種別 | 普通<br>当座<br>その他 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     | 口座名義人(カナで記入)       |          |          |                 |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注意:生活習慣病予防健診又は特定健康診査を受診したが、その医療機関に婦人科検診が出来なかった場合に限る

※補助金に関する受領を代理人に委任する(被保険者名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入ください。

|         |      |                             |          |
|---------|------|-----------------------------|----------|
| 受取代理人の欄 | 被保険者 | 本請求に基づく補助金に関する受領を代理人に委任します。 |          |
|         |      | 住所 〒                        | 令和 年 月 日 |
|         |      | 氏名                          | Ⓜ        |
|         | 代理人  | 住所 〒                        |          |
|         | 氏名   | Ⓜ                           |          |



|      |     |    |    |
|------|-----|----|----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当 | 担当 |
|      |     |    |    |

記号番号は  
こちらを記入ください!

受付印