

40歳以上 被扶養者

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
—	(印)	昭和 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 <input type="checkbox"/> 基金 <input type="checkbox"/> その他 / <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	
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 信用金庫 信用組合	本店 支店	預金 種別	普通 当座 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。 令和 年 月 日
	住所	〒
	氏名	(印)
	代理人	住所 〒
	氏名	(印)

健康保険 家族(被扶養者)	平成〇年〇月〇日交付
被保険者証	
記号 〇〇〇 番号 〇〇〇〇	
氏名	総合 美子
生年月日	昭和〇年〇月〇日 性別 女
認定月日	平成〇年〇月〇日
被保険者氏名	総合 太郎
専称名称	株式会社 〇〇〇
被保険者所在地	京都府京都市伏見区東大手町763
保険者番号・名称	06260699
	トータルビューティ健康保険組

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