受付年月日	令和　　年　　月　　日				
決裁年月日	令和　　年　　月　　日				
支払年月日	令和　　年　　月　　日	決裁欄	常務理事	事務長	係
支　払　額	円				

婦人科検診(乳がん・子宮がん)補助金申請書

被保険者 記号・番号			事業所名	
被保険者氏名				
受診者氏名			該当する方に○ 被保険者・被扶養者	
検査項目	乳がん検診		子宮がん検診	
受診医療機関名				
受　診　日	令和　　年　　月　　日		令和　　年　　月　　日	
医療機関等への支払額				
添付書類チェック欄	□明細付領収書(原本又は写し)		□明細付領収書(原本又は写し)	
支払決定額 (健保記入)	円		円	

振込先	金融機関・支店名	銀行 信用組合　　支店
	種　目 口座番号	普通 No.
	口座名義	(ﾌﾘｶﾞﾅ)

上記のとおり申請します。　　令和　　年　　月　　日

甲信越信用組合健康保険組合　理事長　殿

【ご注意】

① 領収書（婦人科検診を受けた者の氏名の記載、医療機関等の押印のあるもの。また、人間ドック等に婦人科検診が含まれる場合は人間ドックの領収書)を添付してください。（原本又は写し）

② この申請書は、事業所経由で当健保へ提出してください。

③ 振込先は必ず被保険者名義の口座を記入してください。

④ **保険証を使用した場合は、補助対象外です。**

⑤ 検診費用が補助金限度額(乳がん 4,000 円、子宮がん 3,000 円)以内の場合は、実費相当額を補助金として支払います。

受付日付印