

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	信用金庫	本店	支店	種別	口座番号			
	信用	組合			当座				
					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	その他		
/											
/											
/											
/											
/											
/											
/											
/											
/											
/											
/											

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

受付印