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）
③健診結果（コピー）

事業所所在地	
事業所名所	㊞
事業主氏名	
電話	

振込先

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

健診月日	保険証番号	氏名	年齢	医療機関名	婦人科検診合計金額	婦人科検診金額内訳				補助金額 ※健保使用欄	備考
						子宮頸がん	乳房（乳がん）				
							超音波	マンモ	超音波 マンモ		
/											
/											
/											
/											
/											
/											
/											
/											
/											

注意 ※特定健診の検査項目（問診等も含む）を受診し報告された方に20,000円まで補助いたします。
※上記に記載がない検査は補助の対象外です。
※金額はそれぞれ記入必須です。

受付印