何らかの理由にて、健康診断もしくは特定健診と同じ医療機関で婦人科検診が出来なかった場合のみ

被保険者
40歳以上 被扶養者

婦人科検診 補助金申請書（個人）

婦人科検診の補助金を下記の通り請求いたします。

令和　　年　　月　　日

トータルビューティー健康保険組合　御中

記号－番号	被保険者名	生年月日
－	自署の場合は押印不要 ㊞	昭和 平成　年　月　日

住所　連絡先　（日中つながる電話番号をご記入ください）
〒　☎　メールアドレス
住所

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

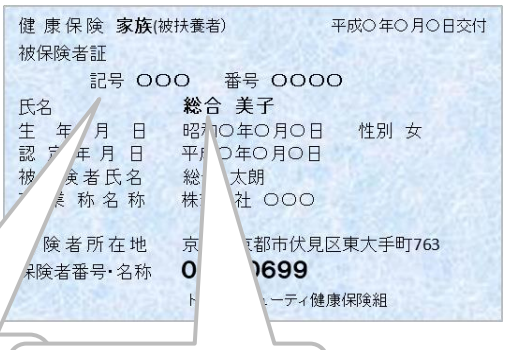
検診項目		申請欄 ✔	領収書金額	健保欄 記入しない下さい 検査料金	補助金額	健康診断
子宮細胞診	医師採取法		円	円	円	特定　生活
	自己採取法		円	円	円	□　東振協
乳房診	超音波診断法		円	円	円	□　基　金
	マンモグラフィー		円	円	円	□　その他
その他			円	円	円	/
			円	円	円	□　未
合計			円	円	円	

検査料金額	自己負担金額	補助金額	健診結果添付	領収書添付	備考
円	円	円	通	通	

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）				

※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　㊞	
代理人	住所　〒 氏名　㊞	



記号番号は
こちらを記入ください！

被保険者名
こちらを記入ください！

受付印