

No.

同 年 月 日		令 和 年 月 日				常務理事		事 務 長		会 計		担 当 者		照 合 印		
支 払 年 月 日		令 和 年 月 日														
支 払 額																
支 給 内 訳	乳がん検診補助						摘 要	資 格	取 得		昭・平・令 年 月 日					
	子宮がん検診補助								喪 失		令和 年 月 日					
	受 診 日		令 和 年 月 日						備 考							

婦 人 科 検 診 補 助 金 請 求 書

令和 年 月 日 提出

被 保 険 者 証 の 記 号 と 番 号		記 号		番 号		被 保 険 者 氏 名		内 線			
被 保 険 者 の 現 住 所		〒									
所 属 名 称		株式会社オリジン 工場 部 課									
検 診 を 受 け た 医 療 機 関 等		名 称									
		所 在 地									
検 診 日		令和 年 月 日				検 査 費 用		円			
受 診 者 名								続 柄			
検 査 項 目 (○ で 囲 む)		乳腺エコー検査 / マンモグラフィ検査 (いずれか) ・ 子宮頸部細胞診検査									

下記にゆうちょ銀行以外の銀行をご指定ください。

.....銀行.....支店（普通・当座）第.....号（名義人.....）
--

被保険者本人の口座をご指定ください。

- 【注意事項および添付書類】
- ※ 検診の補助は年度内1回です。
秋季の集団検診、主婦健診（38歳以上）や人間ドックで受診される(た)場合は補助の対象になりません。
 - ※ 補助の上限は各検査6,000円(税込)です。
乳腺エコー、マンモグラフィはいずれかのみです。
 - ※ 補助金申請には受診した検診の領収書(原本)と結果表を添付してください。
領収書に「受診した検査項目」と「項目ごとの金額」を記載してもらってください。

受 付 印