

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	円	摘要	取得	昭・平・令 年 月 日		
支給内訳	円		喪失	令和 年 月 日		
受診日	令和 年 月 日					

婦人科検診補助金請求書

令和 5 年 4 月 20 日 提出

被保険者証の記号と番号	記号	10	番号	1234	被保険者氏名	健保 良子	内線	72-0000
被保険者の現住所	〒0000-0000 埼玉県所沢市00 00-00-00							
所属名称	株式会社オリジン 00 工場 00 部 000 課							
検診を受けた医療機関等	名称	00病院						
	所在地	埼玉県さいたま市00 00-00-00						
検診日	令和 5 年 4 月 3 日			検査費用	10,500 円			
受診者名	健保 良子				続柄	本人		
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。

00 銀行 00 支店 (普通・当座) 第 1234567 号 (名義人 〇〇 様)

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