

婦人科検診補助金申請書

2020年6月20日

事業所名	株式会社〇〇〇〇〇〇〇				
健康保険証	記号	21	番号	1000	
氏名	健保 花子 印				
生年月日	年	昭和〇〇年	〇〇月	〇〇日	〇〇歳
住所	東京都中野区中野〇-〇-〇				
電話番号	090 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇 自宅・携帯・その他				

乳房検査	検診日	実施機関名		
	2020年6月10日	〇〇〇〇クリニック		
	検査項目	検査費用	健保組合記入欄 ※	
	視触診・ <u>エコー</u> ・マンモグラフィ	7,000 円		
	(検査項目を○で囲んでください)			

子宮検査	検診日	実施機関名		
	2020年6月10日	〇〇〇〇クリニック		
	検査項目	検査費用	健保組合記入欄 ※	
	子宮頸部細胞診	5,000 円		

- 【注】 1. 検診費用は、組合の支給基準に基づき補助します。
 2. この申請書には、医療機関発行の領収書の原本を添付してください。
 3. 領収書には、検査項目とその項目ごとの金額を記載してもらってください。
 4. ※欄は記入しないでください。

健保組合処理欄

健保組合補助額	円
---------	---

常務理事	事務長	担当者

受付日