

婦人科検診補助金支給申請書

被保険者証の 記号と番号	被保険者の氏名			年 令
				才
被保険者の 現住所	自宅 ()			
	携帯 ()			
被保険者の 勤務先	名 称		電 話	
	所在地			
被扶養者が 検診したときは その者の	氏 名		携帯電話番号	()
	生年月日	年	月	日生 (才)
診療を受けた 医療機関	名 称		電 話	
	所在地			
検診日と検査費用 (合計5,000円まで申請可)	子宮がん検診	年	月	日
	乳がん検診	年	月	日

※申請書に必要事項を記入の上、領収明細書(コピー可)を添付し申請してください
 ※申請できる回数は年度(4月～3月)に一回です。
 ※子宮がん、乳がんと複数の領収明細書をお持ちの場合は一回にまとめて申請してください。(合計5,000円まで申請可)
 ※保険診療(自己負担額)は、補助金の対象外です。
 問合せ先03-3359-8162(健康管理課)

被 保 険 者 の 口 座 に 振 込 む と き	この補助金を下記の銀行口座にお振り込みください	被 保 険 者 以 外 の 口 座 に 振 込 む と き	委 任 状		
	銀行 信金 支店		私はこの補助金の受領を委任します。		
	当座・普通 (No.)		年 月 日	委任者	住所 氏名
	フリガナ 口座名義		住所 氏名	受任者	住所 氏名
* 被保険者以外の口座に振込むときは 右の欄にご記入ください			振込希望の金融機関		
			銀行 信金	支店	
			当座・普通 (No.)	フリガナ 口座名義	