

婦人科検診補助金申請書

ニチアス健康保険組合

被保険者等		記号			番号		
被保険者氏名							
被保険者住所		〒					
受診者	氏名						
	続柄	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族	受診日年齢	歳		
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	
	日中連絡先	自宅電話 携帯電話					

補助対象項目 ※受けた項目に✓					
乳がん 検査	<input type="checkbox"/> 乳視触診	子宮がん 検査	<input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診		
	<input type="checkbox"/> 乳房エコー		<input type="checkbox"/> HPV検査		
	<input type="checkbox"/> マンモグラフィー(1方向)		<input type="checkbox"/> 経膈エコー		
	<input type="checkbox"/> マンモグラフィー(2方向)				

補助金申請額	円
--------	---

※費用が10,000円以上の場合は10,000円と記入し 10,000円以下の場合は実費を記入する。

※被扶養者が申請する場合は被保険者(ご主人)の口座をご記入ください。

金融機関 名称	<input type="checkbox"/> 銀行	<input type="checkbox"/> 金庫	<input type="checkbox"/> 信組
	<input type="checkbox"/> 農協	<input type="checkbox"/> その他()	
	<input type="checkbox"/> 本店	<input type="checkbox"/> 支店	<input type="checkbox"/> 出張所
	<input type="checkbox"/> 本所	<input type="checkbox"/> 支所	
口座番号	普通預金		
口座名義(カタカナ) ※姓と名の間は1マス開けて ご記入ください	カタカナ		

【申請時に必要なもの】

- ①健康診断補助金申請書(婦人科)
- ②領収書(原本)
- ③検診結果(コピー)

【注意事項】 受診前に必ずお読みください！

※領収書(原本)につきましては、宛名が受診者名になっているものに限りです。

※検診結果(コピー)につきましては、受けた項目(婦人科)が記載されているものに限りです。

※補助対象項目以外の項目につきましては、支給できません。

※補助対象項目のうち、検診結果(コピー)に記載のない項目の請求については不支給となります。

※保険が適用された検診(保険証を使用して受診した検診)につきましては対象外です。

※補助額は年間10,000円までです。