

被保険者等	記号	1001	番号	9999
被保険者氏名	健保 花子			
被保険者住所	〒105-0000 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 〇〇マンション123号室			
受診者	氏名	健保 花子		
	続柄	☒ 本人 ☐ 家族	受診日年齢	40 歳
	生年月日	☒ 昭和 ☐ 平成 59 年 4 月 3 日		
	日中連絡先	自宅電話 03-1234-5678 携帯電話 090-1234-5678		

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

補助金申請額	10,000 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	三井住友	☒ 銀行 ☐ 金庫 ☐ 信組
		☐ 農協 ☐ その他()
	浜松町	☐ 本店 ☒ 支店 ☐ 出張所
		☐ 本所 ☐ 支所
口座番号	普通預金	1234567
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	ケンポ ハナコ

【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します。

※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します。

※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。