

社員・家族用

エーザイ健康保険組合
理事長 殿

婦人科検査費用補助申請書

申請日	年 月 日		※補助額を除く太枠内に記入してください			
実施した検査	乳房(超音波またはマンモグラフィ)		子宮がん		(○で囲む)	
保険証 記号・番号	記号		所属 事業所		組織 略号	
	番号					
被保険者氏名				受診日	年 月 日	
受診者名				続柄	本人 家族()	
医療機関名						
検査費用			補助額			

◆ 支払方法

補助金は事業主(会社)を通じ、給与支給時にお支払いさせていただきます。

◆ 添付するもの

- * 領収書の原本
- * 医療機関発行の検査結果表のコピー

健保受付印

◆ 補助金について

- * 乳房超音波またはマンモグラフィ 5,000円までの実費(家族は40歳以上が対象)
 - * 子宮検査(細胞診・エコー等) 3,500円までの実費
- ただし、健康保険証を使用して受診した分は対象外です

◆ 結果報告が口頭で行われた場合は下記にその内容をご記入ください

--

健保使用欄

常務理事	事務長	経理	担当