

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 | 9999 | | | | | |
| | 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 | | | |
| ※ 振 込 先 | 口座名義 (被保険者 名義のもの) | フリガナ | | | | | |
| | 金融機関名 (ゆうちょ銀行以外) | 銀行 信金 信組 農協 | | 支店 名 | 本店 支店 出張所 | | |
| | 口座番号 (右詰で記入) | 普通 口座 | | | | | |
| | ゆうちょ銀行 | 記号 番号 | 1 | | 0 | | |

**※記入不要です。原則任意継続申請時に登録いただいた口座に振り込みます。
当該口座が利用できない場合のみご記入ください。**

◆ 添付するもの

- * 領収書の原本(宛名は必ず受診者個人名であること)
- * 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 |
| | | | |