

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	乳がんエコー 乳がんマンモグラフィ 子宮頸がん (○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。**

- ◆ 補助金について
 - * 乳がん エコー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)
 - * 子宮頸がん 3,500円までの実費
- ※ 健康保険証を使用した受診は対象外
- ◆ 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
- ◆ 結果報告が口頭のみで行われた場合は、その内容をご記入ください。

健保受付印

乳がんエコー	【結果】
乳がんマンモグラフィ	【結果】
子宮頸がん	【結果】

健保使用欄			
常務理事	事務長	経理	担当