

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		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		

◆ 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

◆ 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

健保受付印

◆ 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
- ※ 結果原本はご自身で大切に保管ください。

◆ 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。

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