

配

支払額	常務理事	係	
¥			

健保記入欄

被扶養配偶者 乳がん・子宮がん検診 費用補助金申請書

西暦 年 月 日 提出

被保険者証	記号	番号	
事業所名称			
被保険者の氏名	(印)		
被保険者の生年月日	西暦	年	月 日 生
受診者名	(印)		続柄 妻
受診者生年月日	西暦	年	月 日 生 (申請資格)当年度30歳以上の方
受診者現住所	〒 - Tel - -		
検診受診日	西暦	年	月 日
受診検診名	(該当するものに印をつけてください。)		
	<input type="checkbox"/> 乳がん検診	<input type="checkbox"/> 子宮がん検診	
	<input type="checkbox"/> マンモグラフィー <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> 触診 その他()		
検診料	<input type="checkbox"/> 市区町村等の補助は利用していません。	<input type="checkbox"/> 市区町村等の補助は利用していません。	
		円	円

提出書類	以下提出書類の注意事項を確認し、チェックを入れてください。		
申請書	<input type="checkbox"/>	乳がん・子宮がんの申請書はこの用紙になります。必要事項にもれなくご記入ください。	
	<input type="checkbox"/>	申請書の捺印箇所 2箇所 に、捺印ください。	
領収書	<input type="checkbox"/>	健診機関の受診領収書の原本(実施健診機関名・受診日・実施健診名・受診者氏名(戸籍名)が明記されているもの)を送付ください。また、健診機関の印鑑がないものは無効となります。健診等と受診され合算金額の場合は、内訳表記が必要です。	

振込先金融機関名		支店名	
銀行 金庫 組合 農協		支店	
預金種目	口座番号		フリガナ
1 普通	-	口座名義	
2 当座			

この申請書は、当年度30歳以上の被扶養配偶者の乳がん・子宮がん専用です。

注意事項：補助金限度額 配偶者:5,000円迄

受診期間:当該年度内4月1日～翌年3月31日 当年度1回かぎり申請可能です。

申請要件:乳がん検診・子宮がん検診両方を受診した場合、領収書同時提出にて合算費用を補助限度額に適用します。

この検診が健康診断や人間ドックのコースに含まれる場合は単価が確定できないため、補助対象外となります。

市区町村等からの補助を受け検査された場合は、補助対象外となります。

記入方法 赤枠を埋めて下さい。	主務課	学務理事	係	
	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; text-align: center;"> 健保記入欄です。 記入しないでください。 </div>			
健保記入欄				

被扶養配偶者 乳がん・子宮がん検診 費用補助金申請書

申請書の提出日をご記入ください。

西暦 2019 年 5 月 1 日

被保険者証	記号	11	番号	9999				
事業所名称								
被保険者の氏名	健保 太郎 印							
被保険者の生年月日	西暦	1984	年	2	月	1	日	生
受診者名	健保 花子 印							
受診者生年月日	西暦	1989	年	3	月	3	日	生
受診者現住所	〒○○○ - ○○○○ Tel ○○ - ○○○○ - ○○○○ ○○○県△△市□□町5-5-5							
検診受診日	西暦	2019	年	4	月	1	日	
受診検診名	(該当するものに印をつけてください。)							
受診検診名	<input checked="" type="checkbox"/> 乳がん検診				<input checked="" type="checkbox"/> 子宮がん検診			
	<input checked="" type="checkbox"/> マンモグラフィ <input checked="" type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> 触診 その他()							
検診料	<input checked="" type="checkbox"/> 市区町村等の補助は利用していません。 5,000 円				<input checked="" type="checkbox"/> 市区町村等の補助は利用していません。 5,000 円			

保険証の記号・番号をご記入ください。

印鑑も
忘れずに!!

被保険者の氏名、生年月日をご記入ください。被扶養配偶者の氏名、生年月日は、受診者の枠に記入ください。

被保険者と被扶養配偶者が別住所にお住いの場合は、被扶養配偶者の現在住まれている住所をご記入ください。

検診を受診した日付をご記入ください。(領収書に書かれてある日付とは違う場合がございますので、ご注意ください。)

提出書類	以下提出書類の注意事項を確認し、チェックを入れてください。	
申請書	<input checked="" type="checkbox"/>	乳がん・子宮がんの申請書はこの用紙になります。必要事項にもれなくご記入ください。
	<input checked="" type="checkbox"/>	申請書の捺印箇所 2箇所 に、捺印ください。
領収書	<input checked="" type="checkbox"/>	健診機関の受診領収書の原本(実施健診機関名・受診日・実施健診名・受診者氏名(戸籍名)が明記されているもの)を送付ください。また、健診機関の印鑑がないものは無効となります。健診等と受診され合算金額の場合は、内訳表記が必要です。

書類に不備がある場合には、入金が遅くなる場合がございますので、確認して提出ください。

振込先金融機関名		支店名	
○○ 銀行 金庫 組合 農協		△△ 支店	
預金種目	支店コード	口座番号	フリガナ
1 普通 2 当座	123	- 1234567	ケンボ ハナコ
		口座名義	健保 花子

入金をご希望される口座をご記入ください。

この申請書は、当年度30歳以上の被扶養配偶者の乳がん・子宮がん専用です。

注意事項：補助金限度額 配偶者：5,000円迄

受診期間：当該年度内4月1日～翌年3月31日 当年度1回かぎり申請可能です。

申請要件：乳がん検診・子宮がん検診両方を受診した場合、領収書同時提出にて合算費用を補助限度額に適用します。

この検診が健康診断や人間ドックのコースに含まれる場合は単価が確定できないため、補助対象外となります。

市区町村等からの補助を受け検査された場合は、補助対象外となります。