

代理入力用

申請日 令和 年 月 日

個人用

「婦人科検診費用補助金支給申請書」

本申請書に関し、電子申請の代理入力を事業主へ依頼します。

(申請者本人の署名)

事業所名				
所属名				
記号・番号	記号		番号	
受診者氏名				
検診日				
医療機関名				
検診費用	円(領収書の金額)			
費用補助料金	円(乳がん・子宮頸がん各上限2,500円)			
利用内容	乳がん ・ 子宮頸がん 検診費用として ※該当項目を○で囲んでください。			

※婦人科検診費用補助を申請する場合、裏面に「領収書」の原本を貼付してください。
※婦人科検診費用補助を受けられる対象者は、30歳と35歳以上の女性被保険者(本人)となります。
※補助金額は、1人当たり金額5,000円(税込み)が上限となります。
(検診費用が5,000円未満の場合には実費を補助します。)
※年度内の申請は、1回が上限ですのでご注意ください。

振込先口座については以下いずれかを選択してください。

☐ 上記において事業主経由での支給を了承しました。⇒下記振込先口座欄記載不要

☐ 事業所経由払以外の場合、下記振込先口座について記入して下さい。

※日本国内の口座のみとなります。海外送金はいりません。

送金先	銀行 信用金庫 信用金庫	支店								
	普通 ・ 当座	口座 番号								
口座 名義	フリガナ									

【事業所担当者は以下ご対応ください】

●本申請書の原本を健保組合へ提出してください。

●領収証の画像及び検査結果をワークフロー内指定箇所へ添付してください。

事業所 担当者

領収書添付欄

以下領収書を貼付してください