

代理入力用

申請日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

任意継続者用

「婦人科検診費用補助金支給申請書」

本申請書に関し、健康保険組合へ以下のごとく申請します。

(申請者本人の署名)

記号・番号	記号	●●	番号		●●
受診者氏名	プリマ健保 花子				
検診日	令和 ●●年 ●●月 ●●日				
医療機関名	●●病院				
検診費用	2,300円(領収書の金額)				
費用補助料金	2,300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、検診結果と併せてご提出ください。
※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。

《補助金振込先》※振込先の記載をお願い致します。

送金先	●● 銀行 信用金庫 信用金庫	▲▲ 支店 口座番号は左詰めで記入してください							
	○普通・当座	口座番号	X	X	X	X	X	X	X
口座名義	フリガナ プリマケンポ ハナコ								
	プリマ健保 花子								

担当者

健保組合受付印

領収書添付欄

以下領収書を貼付してください