

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	●●株式会社			
所属名	●●工場			
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 <small>※該当項目を○で囲んでください。</small>			

※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。

在職者の方は、原則事業所経由での支払いとなるため、事業主経由にチェックをしてください。

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	支店
口座名義	フリガナ	

主に、退職者・遺族等の記入欄です。

【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