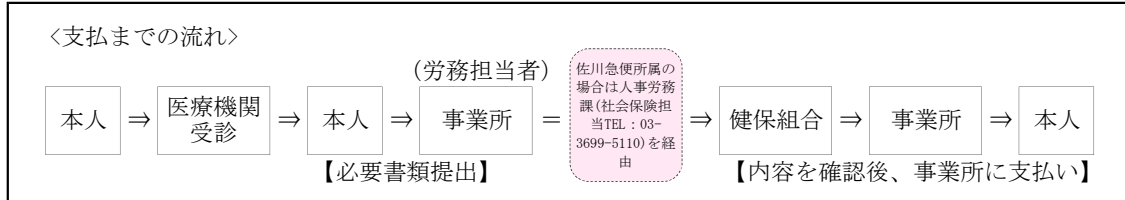


ウイメンズ検診 <骨密度検査> 費用補助制度のご案内

補助金上限	4,000円
対象者	検診当日に、当健康保険組合に在籍する女性被保険者（年齢制限なし） ※被扶養者及び任意継続資格者は対象外
受診期間	当該年度4月1日から翌年2月末日までに実施した検診（各検診1人1回に限る）
申請期間	当該年度4月1日から翌年2月末日（最終受付は3月5日健康保険組合必着分）
必要書類	①申請書 ②領収書原本（本人名の記載があり、費用・検診内容がわかるもの。 医療機関の領収印なきものは無効） ※健康保険扱いとなった場合は対象外です。



健保記入欄	支給決定額	¥	取得日	年	月	日	常務理事	事務長	担当者
			喪失日	年	月	日			
	<input type="checkbox"/> 委任 <input type="checkbox"/> 本人	骨密度検査							

ウイメンズ検診 <骨密度検査> 補助金申請書

※健康保険扱いとなった場合は対象外です。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等	記号	番号
	会社名	所属(店)	
	被保険者氏名	生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)
	被保険者住所	連絡先TEL	
	医療機関名	住所 TEL	
委任の欄	上記申請の補助金の受領を健保代理受領口代理人に委任します。 令和 年 月 日 被保険者氏名 (事業主記入) 健保代理受領口代理人氏名		健保受付印

※在職中に検診を受けたが、退職後に申請するときの振込先（退職後に申請するときは委任の必要はありません）

金融機関	銀行・信用金庫・信用組合		支店(店番)
預金種別	普通・当座・()	口座番号	口座名義 (フリガナ) _____ (被保険者)

※領収書を必ず裏面に添付してください。

- ・ 補助金申請にご記入いただいた個人情報は補助金支払い処理に用います。尚、不明な点につきましては当組合より健診機関へ連絡させていただく場合があります。
- ・ 個人情報の取り扱いについては、当組合の個人情報保護方針に基づき、安全かつ厳密に管理します。
- ・ 検査結果の報告は必要ありません。
ただし、領収書の内容に不明な箇所があった場合は追加で資料等書類の提出をお願いする場合があります。

【領収書添付欄】

※骨密度検査の実施が明確にわかる領収書を添付してください。

※安価で受けられる市区町村の検診をお勧めします。（市区町村のがん検診も対象）

※領収書は、本人名および医療機関名の記載があり、検診内容詳細・費用がわかるものを添付してください。医療機関の領収印がないものは無効です。

※診断書は申請に使用できません。

※検診結果の報告は必要ありません。

ただし、領収書の内容に不明な箇所があった場合は追加で資料等書類の提出をお願いする場合があります。

--