

常務理事	総務課長	課長代理	担当者

人間ドック(マンモグラフィ・乳腺エコー・子宮がん検診・骨密度検査)申請書

被保険者証記号番号		被 保 険 者 名			事 業 所 名		
—					⑨		
受診者氏名	続柄	医療機関名	受診日		受診コース	窓口負担	補助金額※
			年 月 日		マンモ・エコー・子宮がん・骨密度	円	円
			年 月 日		マンモ・エコー・子宮がん・骨密度	円	円
			年 月 日		マンモ・エコー・子宮がん・骨密度	円	円
			年 月 日		マンモ・エコー・子宮がん・骨密度	円	円
			年 月 日		マンモ・エコー・子宮がん・骨密度	円	円
※骨密度最大補助額(税込) 6,000円まで						補助金額合計	円
上記のとおり、人間ドックのオプションを受診しましたので、領収書(原本)を添えて補助金を申請いたします。							
水産連合健康保険組合理事長 殿						令和 年 月 日	
振込先	銀 行 名		口 座 種 類		口 座 番 号		連 絡 先 電 話 番 号
	支 店 名		被保険者名			フリガナ	

