

ダイフク健康保険組合 御中

年 月 日

乳がん・子宮がん検診補助金支給申請書

支給決定額 ¥ ※健保記入

保険証	記号	番号	事業所
<被保険者> 自署の場合は押印の省略可			
氏名	(印)		年 月 日生
<受診者名> 被保険者と同じ場合は省略可			
氏名	年 月 日生		
受診日	年 月 日		
健診機関			
受診項目 <small>受診した項目を 囲んでください。</small>	乳がん検診 ・ 子宮がん検診		
振込先 <small>※被保険者の 口座のみ</small>	銀行 支店 普通 ・ 口座番号 () 口座名義 カナ ()		

【添付書類】 ・ 領収書 (原本)
宛名は受診者であること

検査項目	乳がん検診	子宮がん検診
補助金額	8,000円	4,000円

- ※ 保険外診療 (自己負担額10割) に限ります。保険証が使われたもの (保険診療) は補助対象外です。
- ※ 検査費用が補助金額に満たない場合は、補助対象外です。
- ※ 市区町村が助成している検診は補助対象外です。
- ※ 受診結果の添付は不要です。