

ダイフク健康保険組合 御中

XX年XX月XX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	11	番号	234567	事業所	株式会社ダイフク
<被保険者> 自署の場合は押印の省略可						
氏名	健保 太郎				XX年XX月XX日生	
<受診者名> 被保険者と同じ場合は省略可						
氏名	健保 愛子			XX年XX月XX日生		
受診日	XX年XX月XX日					
健診機関	〇〇××病院					
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>	〇×		銀行	〇×		支店
	普通		・口座番号	1234567)
	口座名義		カナ	ケンポ タロウ)

【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。