

ダイフク健康保険組合 御中

平成 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>						
氏名	健保 太郎			(健)	S. H.	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			(健)	S. H.	XX 年 XX 月 XX 日生
受診日	H. 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)

検診項目	乳がん検診	子宮がん検診
補助金額	上限8,000円	上限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) については対象外です。
- ※ 検査費用が補助金額に満たない場合は、実費分を補助します。
- ※ 市区町村が実施している検診を利用されたものについては併用できません。
- ※ 人間ドックとの併用分も補助対象です。申請時に両申請書を提出ください。
- ※ 受診結果の添付は不要です。