

支給年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	事務次長	担当
決裁年月日	令和 年 月 日				

帝国ホテル健康保険組合 御中

婦人科検診補助金申請書

【申請者】

保険証記号・番号	-
受診者氏名	

下記の内容で婦人科検診を受診しましたので、補助金申請を致します。

記

受診年月日	令和 年 月 日
受診医療機関名	

受診項目及び費用	※受診された項目をチェックし、金額を記入してください	
子宮がん検診	<input type="checkbox"/> 子宮頸部又は体部細胞診	円
	<input type="checkbox"/> 子宮超音波	
乳がん検診	<input type="checkbox"/> 乳房超音波（乳腺エコー）	円
	<input type="checkbox"/> マンモグラフィー	

申請金額	円
------	---

※当健康保険組合では、**婦人科検診（子宮がん、乳がん）を自由診療で受診した場合**、それぞれ上限10,000円まで補助を致します。上限に満たない場合は、その実費を補助致します。なお、市区町村等が任意で行っている婦人科検診の受診費用は補助の対象外となります。

※この申請書を提出するときは、以下の内容が記載されている領収書（原本）を添付して下さい。補助金はご本人の個人宛の銀行口座に振り込みを致します。（銀行口座を指定）

① 検診を受診した人の氏名 ③ 検診項目 上記の検診項目 にレ点

② 検診を受けた日付 ④ 検診費用

【振込口座】

銀行	支店
支店番号:	口座番号:
名義(カタカナ):	()