

* 支給決議書	同年月日	平成 年 月 日	専務理事	常務理事	事務長	課長	係長	係扱者	会計係
	補助金支給 決定額		円						
	摘要								

婦人科検診補助金支給申請書

被保険者証の 記号と番号			被保険者の 氏名と印			年 令	
被保険者の 現住所	TEL ()						才
被保険者の 勤務先	名 称				電 話		
	所在地						
被扶養者が 検診したときは その者の	氏 名				被保険者との続柄		
	生年月日	昭和	年	月	日生 (才)		
診療を受けた 医療機関	名 称				電 話		
	所在地						
検診年月日	平成 年 月 日						
前回受診	① 今回初めて ② 平成 年 月に受診						
検診に要した費用	金 円也						

(注) *印の欄は記入しないで下さい。
この申請書に所定の事項を記入し、検診に要した費用の領収書(コピー可)を添付の上申請して下さい。

被保険者の口座に振込むとき	この補助金を下記の銀行口座にお振り込みください		被保険者以外の口座に振込むとき	委任状			
	銀行 支店			私はこの補助金の受領を委任します。			
	信金			平成 年 月 日			
	当座・普通 (No.)			委任者	住所	氏名	印
	フリガナ		受任者	住所	氏名	印	
	口座名義		振込希望の金融機関				
	* 被保険者以外の口座に振込むときは 右の欄にご記入ください			銀行 支店			
				信金			
				当座・普通 (No.)			
				フリガナ			
				口座名義			