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		年齢 才
被保険者の現住所	自宅　（　　） 携帯　（　　）			
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		携帯電話番号	（　　）
	生年月日	年　月　日生（　才）		
診療を受けた医療機関	名称		電話	
	所在地			
検診日と検査費用 （合計5,000円まで申請可）	子宮がん検診	年　月　日		円
	乳がん検診	年　月　日		円

※申請書に必要事項を記入の上、領収書（コピー可）を添付し申請してください
※申請できる回数は年度（4月～3月）に一回です。
※子宮がん、乳がんと複数の領収書をお持ちの場合は一回にまとめて申請してください。（合計5,000円まで申請可）
※保険診療（自己負担額）は、補助金の対象外です。
問合せ先03-3359-8162（健康管理課）

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 銀行　支店 信金 当座・普通　（No.　） フリガナ 口座名義	被保険者以外の口座に振込むとき	委任状 私はこの補助金の受領を委任します。 年　月　日 委任者　住所 氏名 受任者　住所 氏名 振込希望の金融機関 銀行 信金　支店 当座・普通　（No.　） フリガナ 口座名義
	＊ 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		