婦人科検診補助金支給申請書

被保険者証の記号と番号	1355 999	被保険者の氏名	東貨　太郎	年齢	40才
被保険者の現住所	〒160-0004　東京都新宿区四谷1-23			TEL03(3359)8162	
被保険者の勤務先	名称	東貨運送㈱	電話	03-3359-8161	
	所在地	新宿区四谷1-23-1			
被扶養者が検診したときはその者の	氏名	東貨花子	被保険者との続柄	妻	
	生年月日	昭和55年　10月　15日生　(40歳)			
診療を受けた医療機関	名称	四谷病院	電話	03-3359-8163	
	所在地	新宿区四谷1-23-2			
検診日と検査費用 (合計5,000円まで申請可)	子宮がん検診	令和2年　12月　10日		4,000円	
	乳がん検診	令和3年　1月　25日		3,500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明細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　トウカ　タロウ 口座名義　東貨　太郎	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		