

## 支給決議書

支給日	年	月	日	補助金申請項目	¥ _____ 円
常務理事	事務長	係長	担当者	乳がん〔マンモ・エコー〕	
				子宮頸がん〔細胞診〕	

## 被保険者

## 契約外医療機関 婦人科健診 補助金支給 申請書

太枠を記入して下さい。

申込日	年	月	日
-----	---	---	---

保険証 記号・番号	記号	番号	ふりがな 氏名				印	
住所	〒 _____ (電話) _____ - _____							
事業所名称								
生年月日	年	月	日	生	年齢		性別	
健診日	乳がん	年	月	日	子宮がん	年	月	日
健診を受けた 医療機関	乳がん	名称			子宮がん	名称		
		所在地				所在地		
振込先	補助金は、 <b>会社指定口座</b> へ振り込みます。 (毎月末までに当健保に届いた補助金支給申請書は、翌月20日に振り込みます)							

## 【請求について】

- ◆補助金請求の際は、「契約医療機関以外での“婦人科健診補助金支給”のご案内」をご確認の上、本用紙に下記書類2点を必ず添付して下さい。

**「領収書の原本」、「婦人科健診結果のコピー」**

- ◆ご提供いただいた個人情報は補助金の支払い・保健事業の運営以外の目的では使用しません。

**請求書提出期限：受診月の翌々月末までに健保必着**

## 【注意】

- 婦人科健診の補助のため、保険診療で受診の場合は補助の対象外です。  
(保険証を使用した場合は、補助できませんのでご承知おきください)
- 婦人科健診受診後は一旦、全額自己負担して下さい。
- 20以上の被保険者1名につき、年度内(4月～翌年3月)に、乳がん(マンモまたはエコー)・子宮頸がん(細胞診)の検診を各1回ずつ、各税込み5,500円までを補助します。
- 当健保契約のLSIメディエンスやあまの創健の巡回バス健診、事業所健診を受診された方は、契約外医療機関受診の補助は出来ません。

受付日付印
-------