

健 保 記 入 欄	補助金額(円)

健 保 押 印 欄	常務理事			担当者

被扶養者(家族) 乳がん・子宮がん検診補助金申請書

健康保険 被保険者証	記号	番号	被保険者氏名 (印)	
			受診者氏名 (被扶養者)	
			乳がん検診	子宮がん検診
今年度、健康保険組合がご案内した 家族健診(施設型)で受診しましたか？ ※どちらかに○をつけてください			・受けていない(受けない) ・受けた(受ける予定) ↓ 申請できません	・受けていない(受けない) ・受けた(受ける予定) ↓ 申請できません
受診日			年 月 日	年 月 日
受診医療機関名				
検査料金として支払った金額 ※セット料金の場合は 合計のみ記入してください。			円	円
			合計	円

※任意継続被保険者(記号200)の方は記入不要です。

委 任 状

私は下記の者にこの補助金の受領を委任します。

年 月 日

被保険者氏名

(印)

総 合 事 務 部 記 入 欄	被委任者	事業所名	(印)
		事業主名	

- ★健康保険証を使用しての受診(健康保険組合が7割負担)は補助金の対象外です。
- ★太枠の中を記入押印し、領収書(原本)を添付のうえ、会社の担当者へ提出してください。
任意継続被保険者(記号200)の方は健康保険組合へ提出してください。

受付印